This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

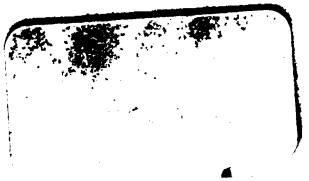
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY



Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Verhandlungen

der

16255

Medicinischen Gesellschaft

zu

Leipzig

vom 18. October 1898 bis 19. December 1899.

Sonderabdruck aus der Münchener Medicin. Wochenschrift.

München
Verlag von J. F. Lehmann
1900.

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL
AUG 23 1918
LIBRARY

Digitized by Google

Verzeichniss der Mitglieder

der

Medicinischen Gesellschaft zu Leipzig.

(Abgeschlossen am 12. Januar 1900.)

Vorstand:

Dr. Curschmann, Prof. ord., Geh. Med.-Rath, 1. Vorsitzender.
„ Bahrdt, Hofrath, 2. Vorsitzender.
„ Schmidt, Arnold, Kassenführer.
„ Windscheid, Docent } Schriftführer.
„ Braun, Docent }

Ehren-Mitglieder:

Dr. Hennig, Carl, Prof. extraord., Med.-Rath, Leipzig.
„ Heubner, Otto, Prof. ord., Geh. Med.-Rath, Berlin.
„ His, Wilhelm, Prof. ord., Geh. Rath, Leipzig.
„ Lister, Joseph, Prof., London.
„ Virchow, Rud., Prof. ord., Geh. Med.-Rath, Berlin.
„ Winter, Adolf, Prof. extraord., Hofrath, Leipzig.

Digitized by Google

Mitglieder:

Abel.
Assmus.
Bach.
Backhaus.
Barth, O., (Lindhardt), San.-Rath.
Barth, Prof. extraord.
Beelitz (Gohlis).
Behrend.
Beier.
Benecke (Eutritzsch).
Berger, Ob.-Med.-Rath.
Birch-Hirschfeld.
Blass, Hofrath.
Bloch.
Boehm, Prof. ord., Geh. Med.-Rath.
Brabandt (Wurzen).
Brause, Divisionsarzt.
Brecher.
Brückner, Sanitätsrath.
Buchbinder.
Buchheim.
Carl.
Carstens.
Clarus.
v. Criegern.
Dippe.
Döllken.
Dörffel.
Donalies.
Donat.
Dreydorf.
Dreysel.
Ebersbach (Schönefeld).
Eckstein, Polizeiarzt.
Eggebrecht.
Eigenbrodt, Prof. extraord. am Ende.
Eisenberg.
Ficker.
Fiedler.
Fichtner, Oberstabsarzt II. Cl.
Fischer.
Flade.
Flathe.
Flechsig, Prof. ord., Geh. Med.-Rath.
Francke.
Freymann.
Freytag.
Friedemann.
Friedheim, Docent.
Friedländer, Docent.
Friedrich, Leop. Paul, Prof. extraord.
Fritsche-Liebeschoolkratz.
Fritzsche.
Füth.
Goebel.
Göpel.
Goetz, Ferdinand.
Gräfe.
Graupner.
Grosse.
Grüne (Connewitz).
Haake, Docent.
Haase, Oberstabsarzt I. Cl.
Hacker.
Hagen, Prof. extraord.
Hager, Georg.
Hager, Max.
Hahn, Ludwig.
Hahn, Oskar.
Hahn, Rudolf.
Hartmann (Connewitz).
Hartung.
Heineke.
Heinze, Sanitätsrath.
Hennig, Clemens.
Hering, Ewald, Prof. ord., Geh. Med.-Rath.
Hesse, Bruno.

Digitized by Google

Hesse, Friedr., Prof. extraord.
Heymann, Docent.
Hinze.
Hirsch, Divisionsarzt.
Hirsch.
His, Prof. ord., Geh. Med.-Rath.
His jun., Prof. extraord.
Hörder.
Hoffmann, Prof. ord., Geh. Med.-Rath.
Hofmann, Franz, Prof. ord., Geh. Med.-Rath.
Hofmann (Möckern).
Huber.
John.
Jukuff.
Kern (Möckern), San.-Rath.
Kind.
Klare.
Klemm.
Klinkhardt (Gaschwitz).
Knothe.
Kockel, Prof. extraord.
Kocksch.
Kölliker, Prof. extraord.
Köster, Docent.
Köthnig.
Kohl (Reudnitz).
Kollmann, Polizeiarzt, Docent.
Kretzschmar.
Krieger.
Krönig, Docent.
Krückmann, Docent.
Küster, Carl.
Küster, Friedr., Docent.
Lamhofer.
Landmann.
Langbein.
Lange, Jérome, Docent.
Lange, Max.
Langerhans.
Lebelt.
Lehr.
Leiter (Plagwitz).
Lenhartz.
v. Lesser, Docent.
Littauer.
Lochner, Hofrath, Direktor der Heilanstalt Thonberg.
Lohse, Sanitätsrath.
Mackenthun.
Magnus (Anger).
Mankiewicz.
Mechler.
Meinel.
Meissner, Herm., Direktor des Waisenhauses.
Mejer.
Meyh.
Menge, Docent.
Möbius.
Möckel.
Müller, Friedr. (Lindenau).
Müller, W.
Nakonz.
Näther, Oberstabsarzt.
Naumann, Oswald, Docent.
Neumann, Bezirksarzt, (Grimma).
Neumann, Ernst.
Oertmann (Wurzen).
Ose (Brandis).
Paessler, Docent.
Parreidt.
Patzki.
Perthes, Docent.
Pfeiffer.
Plaut, Max.
Pötter, Assistent des Stadtbezirksarztes.
Ramdohr, Sanitätsrath.
Rauprich (Wurzen).
Reiter.
Richter, Wilhelm.
Richter, Max.
Riehl, Prof. extraord.
Riecke.
Riemer.
Robitzsch.
Romberg, Prof. extraord.
Sachse.
Sachse, Dr. phil., Zahnarzt.
Satlow (Gohlis).
Sattler, Prof. ord, Geh. Med.-Rath.
Schirmer, Oberstabsarzta.D.
Schmidt, Oberstabsarzt (Borna).
Schmidt, Heinrich.
Schmidt, Otto (Schönefeld).

Digitized by Google

Schmiedt, Ernst, Polizeiarzt, Sanitätsrath.
Schmiedt jr, Ernst.
Schmiedt jr., Wilhelm (Plagwitz).
Schneider.
Schön, Prof. extraord.
Schröder.
Schütz, Docent.
Schwabe, Gustav.
Schwarz, Prof. extraord.
Seiffert, Docent.
Seyfert-Dresden.
Siegel, Stadtbezirksarzt, Ober-Med.-Rath.
Siegfried, Dr. phil., Prof. extraord.
Sinnhold (Connewitz).
Soltmann, Prof. extraord., Med.-Rath, Direktor des Kinderkrankenhauses.
Sommerey, Stabsarzt (Wurzen).
Sonnenkalb.
Spalteholz, Prof. extraord.
Steinmüller.
Steinmüller, Georg.
Stimmel.
Straub.
Streffer.
Stumme.
Taube.
Thiersch.
Thimann.
Thimm.
Thümmler, Gerichtsarzt.
Tillmanns, Prof. extraord., Med.-Rath.
Trendelenburg, Prof. ord., Geh. Med.-Rath.
Tschäche (Thonberg).
Uhlmann.
Unger.
Viereck.
Volkmann (Dessau).
Wagner, Bernhard.
Wagner, Max.
Wagner, Paul, Docent.
Walch.
Weber, Richard.
Wilms.
Winkler.
Wolf (Naunhof).
Zehe.
Zinssmann.
Zweifel, Prof. ord., Geh. Med.-Rath.

Correspondirende Mitglieder:

Dr. Butter, G. H., Geh. Med.-Rath, Zwickau.
„ Döderlein, Prof. ord., Tübingen.
„ Heffter, Prof. ord., Bern.
„ Karg, Prof., Med.-Rath, Zwickau.
„ Knecht, A. E., Ueckermünde (Pommern).
„ Schmorl, Prosektor am städt. Krankenhause, Med.-Rath, Dresden.
„ Urban, Hamburg.

Digitized by Google

Inhalts-Verzeichniss.

	Seite
I. Verzeichniss der Mitglieder der Gesellschaft	I
II. Sitzungsberichte	
Barth: Sinusphlebitis	1
His jun.: Ueber die Grundsätze bei der Prüfung neuer Heilmittel und Heilmethoden	2
Bahrdt: Bericht über 3 Fälle von Gallensteinen	19
Kockel: Demonstration einer neuen Fibrinfärbung	19
Tecklenburg: Ueber Querulantenwahn	40
Discussion	20
Saenger: Ueber Ureterenchirurgie beim Weibe	21
Discussion	29
Friedemann: Demonstration eines Kindes mit angeborenem Herzfehler	64
J. Lange: Compression der Trachea durch die hyperplastische Thymus	64
J. Lange: Ueber Myxoedem im Kindesalter	65
Abel: 1. Vergleich der Dauererfolge nach Symphyseotomie und Kaiserschnitt	79
2. Ist man berechtigt, bei absolut verengtem Becken die Frauen unfruchtbar zu machen	
Discussion	80
P. L. Friedrich: Mittheilungen zu Hirnchirurgie	S. 83 u. 161
Kockel: Demonstration pathol. anatomischer Präparate	84
Curschmann: 1. Ueber Morphinderivate.	
2. Zur Behandlung von Aneurysmen und Blutungen mit Gelatineinjectionen	85
Hennig: Ueber Haematocele tubaria	80
Riehl: Mykosis fungoides (Demonstration)	91
Birch-Hirschfeld: Ueber den Anfang der tuberculösen Lungenschwindsucht	92
Discussion	96
Riehl: Demonstration von Lupusfällen	94
Kölliker: Demonstration resecirter Nerven	94
Pässler: Demonstration eines Knaben mit cardiopulmonalen Rasselgeräuschen	99
Sattler: Bindehauttuberculose (Demonstration)	100

Digitized by Google

	Seite
Riecke: Arteficielle Cutisgangraen (Demonstration)	100
Kollmann: 1. Entfernung eines Gummischlauchstückes aus der Blase.	
2. Ueber Intraurethrotomie bei weiten Strictures	101
Kockel: Demonstration pathol. anatomischer Präparate	104
His: Kritische Betrachtungen über die Behandlung der Gicht	104
Discussion	112
Hirsch: Demonstration eines Falles von Dystrophia musculorum	104
Pässler: Demonstration mikroskopischer Präparate von Scharlachmeningitis	104
Heymann: Mittheilung über einen Fall von Haemophilie	106
Riehl: Demonstration eines Schlangenmenschen	114
His sen: Demonstration von Projectionsbildern anatomischer Modelle	114
Kölliker: Ueber erworbenen Hochstand der Scapula	115
„ : Demonstration eines Wurmfortsatzes	116
Kölliker und Sachse: Die Nachbehandlung der halbseitigen Unterkieferresection	117
Donat: Ueber Enteroptose	118
Discussion	124
Curschmann: Demonstration eines Centrifugenapparates	124
Trendelenburg: Chirurgische Demonstrationen	132
Perthes: Ueber traumatische Ruptur der Milz und des Darmes	132
Wilms: Demonstrationen	133
Stimmel: Mittheilung über das Absehen Schwerhöriger	134
Schmied: Beitrag zur Indication für die Erhaltung der Gehörknöchel bei Freilegung der Mittelohrräume	135
Discussion	137
Curschmann: Neuere Bestrebungen und Fortschritte auf dem Gebiet der Typhusdiagnose	138
Schluss und Discussion	144
Fichtner: Ueber Spondylitis typhosa	145
von Criegern: Ergebnisse der Durchleuchtung menschlicher Herzen mittelst fluorescirenden Schirmes S. 147 u	153
Wilms: Demonstration	148
„ : Darmresection bei gangraenösen Hernien	148
Riehl: Ichthyosis	150
Littauer: Osteomalacie	151
Discussion	154
Perthes: Nierentuberculose (Demonstration)	154
Sachse: Ueber neuere Methoden zur Behandlung von Antrumempyemen und Kiefercysten	155

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL
AUG 2 1918
LIBRARY

Sitzung vom 18. October 1898.

Vorsitzender: Herr Curschmann. Schriftf.: Herr Braun.

Herr **Barth** stellt 2 Fälle von geheilter **Sinusphlebitis** vor. Der erste betraf einen jungen Mann, welcher nach Masern eine acute Mittelohr- und Warzenfortsatzentzündung bekommen hatte. Die Allgemeinerscheinungen sprachen mehr für eine Meningitis. Im Warzenfortsatz Eiter. Sinus sehr weit nach aussen und vorn liegend. Aus dem Sinus durch Punction normales venöses Blut entleert. Patient fühlt sich nach der Operation freier, die meningitischen Erscheinungen schwinden. Noch immer erhöhte Abendtemperatur. Am 7. Tage nach der Operation ein Abscess am Gesäss; am 8. Tage links hinten unten, am 14. ebenda rechts acut einsetzende pleuropneumonische Erscheinungen. Am 17. Tage nach der Warzenfortsatzeröffnung Unterbindung der Vena jugularis, trotzdem sie gesund erscheint und trotzdem auch jetzt der schon durch Granulationen verdeckte Sinus normales Blut enthält. Sofort Temperaturabfall bis zum Normalen am nächsten Tage Keine Steigerung wieder: Patient erholte sich jetzt sehr schnell. — Bei einem 22jähr. Mädchen im Anschluss an chronische Mittelohreiterung seit 8 Tagen acute Reizung, starke Kopfschmerzen und Schwindel. Obere Partie der Vena jugularis etwas druckempfindlich. Im Warzenfortsatz äusserst foetide Jauche. Sinus schmutzig verfärbt, collabirt. Am oberen und unteren Ende der verfärbten Stelle sieht man einen dunklen Thrombus durchscheinen. Nach Beendigung der Knochenoperation wird der Sinus an der verfärbten Stelle mit der Scheere eingeschnitten und, da sich anscheinend venöses Blut entleert, sofort mit Jodoformgaze tamponirt. Am nächsten Tage Verbandwechsel. Beim Entfernen des letzten Tampons wird Patientin unruhig, presst und schreit, so dass im Moment eine sehr kräftige, venöse Blutung entsteht. Sofort wieder Tamponade. Am nächsten Tage und später keine Blutung wieder. Der Foetor verschwand erst am 8.—10. Tage nach der Operation. Die Temperatur nach der Operation zwischen 37,2 und 38,2, nur zweimal ein kurzdauernder höherer Anstieg ohne auffindbare Ursache. Vom 14. Tage nach der Operation an normale Temperatur.

Digitized by Google

Herr **His jun.** hält einen Vortrag **über die Grundsätze bei der Prüfung neuer Heilmittel und Heilmethoden.**

M. H.! Jeden Tag bringt uns der Postbote eine Anzahl wohlausgestatteter Drucksachen in's Haus, welche Ankündigungen neuer Arzneimittel und Nährstoffe enthalten, und kaum eines dieser Schriftstücke ist es, das nicht Atteste zahlreicher praktischer Aerzte mit oder ohne öffentlichem Charakter beizubringen in der Lage wäre. Meist lauten diese Atteste günstig, auf Grund mehr oder weniger zahlreicher Fälle, und man sollte denken, dass jedesmal der Arzneischatz eine bedeutende Bereicherung erfahren hätte. Erkundigt man sich aber 1 oder 2 Jahre später nach den angepriesenen Erfolgen, so findet sich oft, dass von dem Anfangs so viel gerühmten Mittel kaum der Name mehr erhalten ist, und mit Verwunderung fragt man sich, wie konnte die undankbare Welt dieses unschätzbare Heilmittel so bald der Vergessenheit anheimfallen lassen; hatte es doch Empfehlungen seitens Personen, die zu dessen Prüfung anscheinend vollkommen berechtigt und befähigt schienen. Sollten etwa die warmherzigen Empfehler sich getäuscht, und zu ihrem Werke doch nicht die nöthige Qualification besessen haben?

Leider, glaube ich, ja, und meine, es ist nicht unangebracht, an dieser Stelle einmal die Grundsätze zur Discussion zu stellen, nach denen die Prüfung und Beurtheilung neuer Arzneimittel vorzunehmen ist.

Denn, dass auf diesem Gebiet ein schreiender Missstand herrscht, darüber sind wir doch wohl Alle einig; ich erinnere mich aber nicht, dass die Frage in letzter Zeit eingehend besprochen worden wäre; und wenn ich auch nicht erwarten darf, Ihnen wesentlich Neues zu bringen, so hoffe ich doch, Sie durch die folgenden Erörterungen zu Meinungsäusserungen veranlassen zu können, aus denen der Einzelne unter uns vielleicht wohl einigen Nutzen zu ziehen vermag.

Die therapeutische Aufgabe, die dem Arzt vorliegt, ist eben in ihrer heutigen Form und Ausdehnung eine neuartige; sie hängt auf's Engste zusammen mit einer Richtung der chemischen Industrie, die wenig über 3 Jahrzehnte hinaufreicht, erst in den letzten 12—15 Jahren aber ihre heute so gewaltige Bedeutung erreicht hat.

Wer in den laufenden Tagesfragen sich den Blick klar erhalten will, thut jeweilen gut, ihrer Entwicklung geschichtlich nachzugehen.

Digitized by Google

Da sehen wir denn vom frühesten Anfang der Ueberlieferung den steten Kampf und Wechsel von Erfahrungs- und Speculationsmedicin; schon der Altmeister Hippokrates führt den Kampf gegen die unfruchtbaren Theoretiker, die Durchführung einer vernünftigen Empirie ist sein grösstes und dauerndes Verdienst gewesen. Es kann hier nur kurz gestreift werden, wie der im Wesentlichen durch Erfahrung gewonnene Arzneischatz der klassischen antiken Medicin die erste bedeutende Erweiterung erfährt durch das Eintreten der arabischen Cultur in die Geschichte unserer Wissenschaft; neue Drogen pflanzlicher, thierischer und mineralischer Art verdanken wir ihnen.

Schon bereiteten ihre Chemiker künstliche Heilmittel, z. B. den Alkohol. Gleichzeitig aber vermeiden sie den Weg der reinen Erfahrung; Tradition und Speculation sind die eigentlichen Grundlagen ihres Wissens, vielfach bringen sie die Wirkung der Heilmittel in Verbindung mit übernatürlichen und ausserirdischen Kräften.

Diese unfreie Form behält die Heilkunde durch die ganze scholastische Zeit des Mittelalters, und es muss als Gesundung begrüsst werden, wenn im 14. Jahrhundert, der Zeit der Prae renaissance, die Erfahrung langsam wieder in ihr Recht tritt.

Den tödtlichen Stoss erfährt die mittelalterliche Scholastik bei dem epidemischen Auftreten der Lues; alle galenischen Mittel versagen, schliesslich hilft das von Galen ausdrücklich verpönte Quecksilber. Die Entdeckung der neuen Welt wirft die Vorstellungen der antiken Welt völlig über den Haufen, es erscheinen die Reformatoren allerseits, und jener vielgeschmähte, aber auch zum Himmel erhobene Theophrastus Paracelsus von Hohenheim nimmt den Kampf gegen die galenische Tradition mit aller Energie seiner gewaltigen Persönlichkeit auf. Ausdrücklich proclamirt er als Quelle des Wissens die Erfahrung, kann aber dem zu allen Zeiten gefühlten menschlichen Bedürfniss nach einem System nicht widerstehen, aus diesem System leitet er die Heilmittel und ihre Anwendung ab, vereinzelte Beobachtungen müssen zum Beweis genügen.

Darin haben wir das Prototyp, nach dem bis zum Anfang unseres Jahrhunderts mit wenigen Ausnahmen die zahlreich auftauchenden neuen Mittel beurtheilt werden. Manche derselben, wie Ipecacuanha, Chinarinde etc. entstammen dem Heilschatz neuentdeckter Völker; andere werden auf dem Wege der Speculation gefunden, d. h. ihre Nützlichkeit auf Grund von Vorstellungen über das Wesen der

Digitized by Google

Krankheiten abgeleitet, und nachträglich erst der Prüfung durch die Erfahrung unterworfen. Namentlich die beiden letzten Jahrhunderte sind mit ihrer aufblühenden chemischen Wissenschaft für die Heilkunde fruchtbar gewesen. Vielfach ergab sich, dass die Speculation falsch war, das gefundene Mittel aber doch wirkte; so sind also auch diese speculativ gefundenen Mittel in letzter Linie auf dem Wege der Erfahrung dauernd dem Heilschatz einverleibt worden.

Der Begriff der Erfahrung ist indessen ein durchaus unsicherer, so lange diese auf vereinzelte Beispiele sich stützt. Mit solchen konnte man für und wider argumentiren und so sehen wir denn über den Nutzen der wirksamsten Mittel, wie China und Opium die heftigsten Debatten sich entspinnen.

Solche Erfahrungen in feste Form zu bringen, lehrt die auf die Wahrscheinlichkeitsrechnung aufgebaute neue Disciplin, die Statistik. Eingeführt in die Medicin wurde sie in jener Blüthezeit, als die französische Schule mit der physikalischen Diagnostik, der pathologischen Anatomie, der Vivisection die Exactheit der Methoden in der Medicin zum Durchbruch brachte. 1828 veröffentlichte Louis die ersten Versuche, die Wirkung des Aderlasses bei Entzündungen zahlenmässig nachzuweisen, oder richtiger gesagt, zu widerlegen. 12 Jahre später entwickelte Gavarret die Principien, unter denen diese Methode zuverlässige Ergebnisse verspricht. Wir werden später sehen, welchen Werth die Statistik in der Beurtheilung therapeutischer Erfolge heute noch besitzt.

Unterdessen haben die staunenswerthen Entdeckungen der Chemie begonnen. Die Zusammensetzung der heilkräftigen Mineralstoffe wird ermittelt, neue Elemente werden isolirt, aus den Drogen die wirksamen Stoffe gewonnen, wie Morphium, Chinin, Strychnin, und als chemische Individuen erkannt; es erwächst das Bestreben, die Wirksamkeit dieser reinen Stoffe auf den Organismus des Genaueren zu prüfen.

Aber auch hier ist die Aufgabe verändert. Die alte Doctrin, die Gesundheit und Krankheit des Körpers von abnormer Mischung der Körperflüssigkeiten abhängen lässt, ist gefallen; an ihre Stelle tritt, seit Haller, eine Physiologie, welche die Thätigkeit der Körperorgane zum Gegenstand ihrer Betrachtungen macht. Die pathologische Anatomie lehrt die Krankheiten, die sonst als fremde, dem Körper eingedrungene Wesen gegolten, als Veränderungen in Bau und Thätigkeit der Organe erkennen; die

Digitized by Google

Prüfung der Gifte und Arzneimittel zeigte, dass deren Wirkung vielfach ebenfalls eine locale, auf bestimmte Gewebe oder Organe erregende oder lähmende ist: Muskel- und Nerven-, Darm- und Nierengifte, Blutgifte, Protoplasmagifte werden erkannt. Der Vergleich und die genaue Prüfung zahlreicher Stoffe zeigt, dass die chemische Zusammensetzung in gewissem Zusammenhang mit der Wirkung steht; es lassen sich gewisse pharmakologische Gruppen sondern, denen eine gemeinsame, wenn auch quantitativ verschiedene Wirkung eigen ist, so die Aetzwirkung der Säuren und Laugen, die narkotische Wirkung der Fettsäuregruppe, die desinficirende Wirkung der aromatischen Reihe u. dergl. mehr. Es wird weiter erkannt, wie innerhalb einer chemischen Gruppe der Eintritt gewisser chemischer Complexe eine bestimmte Wirkung steigern oder abschwächen kann, so wie, um nur ein besonders frappantes Beispiel zu nennen, der Eintritt eines oder mehrerer Hydroxyle aus dem wenig wirksamen Benzol das Phenol, Hydrochinon, Resorcin entstehen lässt. Allerdings, fehlgeschlagen ist die Hoffnung, bestimmte Gesetze zu entdecken.

Kein Chemiker kann mit Sicherheit die pharmocologischen Eigenschaften eines Körpers voraussagen, so wenig er dessen Aggregatzustand, Farbe, Dichte etc. mit Bestimmtheit im Voraus weiss; aber es ergeben sich doch eine Anzahl von Regeln, die gewisse Eigenschaften im Voraus vermuthen lassen; und wie der Chemiker, von einem bestimmten Farbstoff ausgehend, versucht, durch Einführen von Jod, Brom, Salpetersäureresten etc. oder durch Paaren mit organischen Radicalen neue Nuancen, bessere Echtheit und Färbekraft zu erzielen, so kann er auch, von bestimmten Medicamenten ausgehend, deren Derivate und Verwandte systematisch darstellen, in der Hoffnung, dass sich darunter solche finden werden, die durch geringere Giftigkeit oder stärkere Wirkung das Ausgangsmaterial übertreffen.

Solche Forschungen locken namentlich da, wo ein unentbehrliches Medicament durch hohen Preis oder unangenehme Nebenwirkungen einen Ersatz wünschenswerth erscheinen lässt. Wir verdanken ihnen u. a. zahlreiche anorganische Präparate, die mit der bestimmten Absicht dargestellt sind, die Aetzwirkung der Eisen- und Silbersalze zu umgehen; ferner mehrere treffliche Wismuth- und Jodpräparate zur Wundbehandlung; endlich ist auch ein Theil unserer antifebrilen Mittel solchen Bestrebungen entsprossen. Die Thatsache, dass mehrere Chinaalkaloide beim Erhitzen mit Alkalien Chinolin liefern, liess vermuthen, dass dieses

Digitized by Google

als gemeinsamer Bestandtheil auch einen Theil der Wirkungen haben könne; thatsächlich wirkt Chinolin fieberwidrig, und wurde als Fiebermittel seit 1881 vielfach angewandt, bis es durch seine ebenfalls planmässig gesuchten Derivate, Kairin und Thallin verdrängt wurde.

Die Beispiele liessen sich häufen. Doch, wie gesagt, lassen sich die Wirkungen synthetisch gefundener Stoffe nicht immer voraussehen. Manche derselben verdanken ihre Einführung falschen Voraussetzungen; von den Meisten ist die Wirkung durch mehr oder weniger planmässiges Probiren gefunden worden. So galt die Salicylsäure zunächst als Antipyreticum und wurde bei allerlei Infectionskrankheiten angewandt; dabei kam ihre antirheumatische Wirkung zum Vorschein. Das Antipyrin liess, seiner Constitution nach, nur recht unsicher eine Wirkung erwarten; zunächst erwies es sich als Antifebrile; erst die weiteren Versuche ergaben seine antirheumatische und antineuralgische Kraft.

Kurz, Sie sehen, das Auffinden von Medicamenten ist zum grossen Theil auch heute noch Sache des Zufalls; ist aber einmal ein wirksamer Stoff da, so bietet die Darstellung verwandter Körper Aussicht, Stoffe ähnlicher, möglicherweise besserer Wirkung zu gewinnen.

Das hat sich die chemische Industrie zu Nutze gemacht. Aus dem beispiellosen Erfolg der Salicylsäure ersah sie, dass auf diesem Felde ein bedeutender Gewinn zu erhoffen sei; viele der neuen Stoffe werden aus dem Rohmaterial der Farbenfabriken, dem Steinkohlentheer, gewonnen, und so ergab sich von selbst die so häufige Vereinigung dieser beiden Hauptbranchen der modernen chemischen Industrie. Ein ganzes Heer wissenschaftlich ausgebildeter Chemiker ist jahraus, jahrein mit Arbeiten in diesem Sinne beschäftigt, und da die Auslagen für diese Arbeitskräfte, die Vorversuche und den Herstellungsprocess selbst sehr bedeutende sind, findet die Industrie ein Interesse darin, die neuen Stoffe möglichst bald auf den Markt zu werfen und ihren Absatz mit allen Mitteln moderner Reclame zu mehren und zu beschleunigen. Weiss sie doch, wie bald ein Mittel durch ein neues, vielleicht kaum besseres in der Gunst des Publicums verdrängt werden kann; es kommt ihr also vor Allem auf schleunige Verbreitung ihres Productes an.

Bis dahin hat die Medicin an den Fortschritten der Industrie dankbar theilnehmen können; aber in der nervösen Hast, mit der die neuen Producte dem Publicum dargeboten werden, liegt der

Digitized by Google

Punkt, in dem sich die commerciellen Interessen nicht mehr mit denen der leidenden Menschheit decken. Es kann dem Kranken keineswegs gleichgiltig sein, ob er mit Mitteln behandelt wird, deren Wirkungen, Nebenwirkungen und Gefahren dem Arzte aus langer Erfahrung geläufig sind, oder ob er als Versuchsthier für allerlei neue Stoffe dienen soll, deren Effecte nur sehr unvollständig bekannt sind. Von den Missgriffen, die da begangen werden, nur ein Beispiel: in der Hochfluthzeit der Antifebrilien wurde ein Derivat des Phenylhydrazins, das Pyrodin, als Antifebrile und Antirheumaticum empfohlen; obwohl schon in der ersten Empfehlung von Liebreich auf dessen Bedenklichkeit aufmerksam gemacht war, wurde es dennoch weiterbenützt.

Nicht weniger als 8 Autoren haben über die Anwendung dieses Mittels berichtet, das eines der heftigsten und wirksamsten Blutgifte ist. Zum Glück ist ein Todesfall nicht vorgekommen.

Derartige Stoffe dürfen aber am Menschen überhaupt gar nicht zum Versuche kommen. Das sind Missgriffe, und gegen solche hilft in erster Linie eine sorgfältige pharmakologische Prüfung am Thier. Diese muss dem Versuch am Menschen unter allen Umständen vorausgehen. Wer soll sie aber vornehmen? Nun, vor Allem berufen sind die pharmakologischen Universitätsinstitute. Aus ihnen sind denn auch zahlreiche Untersuchungen hervorgegangen. Aber Niemand wird diese Institute zwingen wollen, jedem ihnen von den Fabriken übersandten neuen Präparate langwierige und zeitraubende Untersuchungen zu widmen. Einige grössere Fabriken haben hieraus die richtige Folgerung gezogen und eigene Pharmakologen angestellt. Sofern diese Stellen von Leuten ausgefüllt werden, die mit dem ganzen Rüstzeug pharmakologisch-physiologischer Methodik ausgestattet und wohl bewandert sind, ist deren Thätigkeit gewiss mit Freuden zu begrüssen. Untersuchungen, wie sie z. B. Prof. Dreser, der Pharmakolog der Bayer'schen Farbwerke in Elberfeld, mit dem neuen Hustenmittel, dem Heroin, angestellt hat, bilden für den Arzt die werthvollste Unterlage für seine therapeutischen Versuche am Menschen. In höchstem Grade verdammenswerth sind dagegen jene, auf wenige Hunde- oder Kaninchenversuche aufgebauten Angaben methodisch ungeübter, wenn auch approbirter Personen: besonders schädlich, weil sie bei den mit den Schwierigkeiten pharmakologischer Methodik ungeübten Aerzten (und dazu gehören wohl die meisten Praktiker) den Schein wissenschaftlicher Genauigkeit vorzutäuschen geeignet sind.

Digitized by Google

Es ist bei manchen Aerzten Sitte geworden, die experimentelle Pharmakologie als ein der praktischen Medicin unnützes oder selbst schädliches Fach scheel anzusehen, weil voreilige Versuche, den Thierbefund ohne Weiteres auf den kranken Menschen zu übertragen, meist fehlzuschlagen pflegen. Wenngleich zugegeben werden muss, dass die heutige Pharmakologie vielleicht etwas mehr als dienlich auf die Berührung mit der Klinik verzichtet, so kann doch die Nichtachtung eines so wichtigen Faches nicht energisch genug bekämpft werden. Es muss dem Arzt immer gegenwärtig bleiben, dass eine Vertiefung der empirisch gewonnenen Kenntnisse nur durch diese Wissenschaft möglich ist, weil sie allein den Angriffspunkt der Mittel im Körper kennen lehrt; daraus, in Verbindung mit den Ergebnissen der pathologischen Anatomie, erwachsen die rationellen Indicationen. Die Digitalis z. B. war, als sie im vorigen Jahrhundert aus den Händen englischer Kräuterweiber in die ärztliche Praxis überging, ein Mittel gegen Wassersucht jeder Form, das bald half, bald im Stiche liess. Die Pharmakologie zeigt, dass dieses Mittel den Herzmuskel so beeinflusst, dass er, wenn geschwächt, zu grösserer Leistung angespornt werden kann; sie hat damit dem Praktiker erst das Verständniss für dessen Wirkung eröffnet.

Weiterhin macht uns die pharmakologische Untersuchung mit der toxischen Wirkung der Mittel bekannt, da sie ja an ihren Objecten die Dosis unbegrenzt steigern darf: sie errichtet gleichsam hier zu unserem Gebrauch eine Warnungstafel mit der Aufschrift: Hier muss langsam gefahren werden!

Endlich sind die pharmakologischen Untersuchungsreihen in vorderster Linie geeignet, unsere Aufmerksamkeit auf neue Mittel oder Reinstoffe hinzulenken, von denen neue oder bessere Wirkungen zu erwarten sind.

In diesen 3 Punkten glauben wir den Werth der Pharmakologie für die Praxis umschrieben zu haben. Niemals hat sie aber den Anspruch erhoben, aus dem Thierversuch unmittelbar die Indicationen für therapeutisches Eingreifen am erkrankten Menschen abzuleiten; ihr Altmeister Schmiedeberg hat dies ausdrücklich abgelehnt; wo dergleichen Versuche Enttäuschung bereitet haben, liegt der Fehler an den Anforderungen des Menschentherapeuten, der keinen Unterschied zwischen seinem Patienten und einem Frosch zu machen wusste. Gerade bei unseren wichtigsten Aufgaben muss ja der Thierversuch im Stiche lassen, da die thierischen Krankheiten mit den menschlichen, selbst bei

Digitized by Google

gleicher Aetiologie, so wenig Aehnlichkeit besitzen; wer wird aus dem Experiment entnehmen, ob ein Mittel Kopfschmerz vertreibt, oder Malaria und Lues heilt?

Also, fassen wir zusammen: Die Pharmakologie leistet bei der Prüfung neuer Mittel unschätzbare und unentbehrliche Dienste, indem sie den Angriffspunkt der Stoffe im Körper, namentlich bei toxischen Dosen, kennen lehrt; die Hauptsache, die Heilwirkung eines Mittels, vermag sie nur in beschränktem Maasse zu erkennen; für diese ist einzig und allein der Versuch am Menschen maassgebend, und dieser ist, trotz aller Fingerzeige seitens der Chemie und Pharmakologie, anfänglich ein reines Probiren.

Wir müssen uns daher die Frage stellen, wer ist berechtigt, am kranken Menschen solche Versuche anzustellen.

Nun, in erster Line doch gewiss diejenigen Aerzte, die ihre Kranken ständig unter Beobachtung haben, und bei eintretender Vergiftungsgefahr sofort zur Hand sein können; also die Vorsteher grösserer Krankenhäuser und Kliniken, um so mehr, als sie in Folge ihrer specialistischen Ausbildung am ehesten im Stande sind, die den Empfehlungen beigegebenen chemischen und pharmacologischen Vorarbeiten nach ihrem Werthe zu beurtheilen.

Gerade die Kliniker aber und erfahrenen Krankenhausärzte sehen wir meistens mit ganz besonderer Vorsicht und Reserve an diese Versuche herantreten; ihre Erfahrung hat sie die Gefahren und Bedenklichkeiten dieser Prüfungen kennen gelehrt; mit der Anwendung älterer Mitteln wohl vertraut, empfinden sie weniger das Bedürfniss nach Neuerungen; sie sagen sich mit vollem Recht: Unsere Kranken kommen mit dem Wunsch, möglichst bald und sicher geheilt zu werden, nicht um als Versuchsobjecte zu Gunsten chemischer Actionäre zu dienen; sie pflegen daher neue Mittel erst dann zu erwägen, wenn diese von gewichtigen Empfehlungen begleitet sind, oder die Unwirksamkeit älterer Methoden ein wirkliches Bedürfniss eröffnet.

Dieser Standpunkt, den die Erfahrensten unter den Aerzten fast ausnahmslos einnehmen, sollte, meine ich, überhaupt für jeden Praktiker der einzig maassgebende sein.

Wenn ich oben die Krankenhausärzte als die geeignetsten zu therapeutischen Versuchen am Menschen bezeichne, so sehe ich wohl ein, dass sie gegenüber der grossen Menge jährlich neu empfohlener Mittel nicht aufkommen können, da sie ja doch genug andere Aufgaben zu erfüllen haben; auch ist ihr Krankenmaterial in seiner Qualität gewissen Beschränkungen unterworfen. Es muss

Digitized by Google

daher auch den Poliklinikern und Praktikern sehr wohl das Recht eingeräumt werden, neue Mittel praktisch zu erproben. Nur Eines soll unbedingt festgehalten werden: «Stark wirkende, noch wenig bekannte Mittel sollten unter allen Umständen nur an stehendem Material mit beständiger ärztlicher Aufsicht zur Prüfung kommen.

Wer auch immer an das Sammeln ärztlicher Erfahrungen geht, der muss sich vor Allem darüber klar sein, was der Begriff der Erfahrung denn eigentlich bedeutet. Unter dieser Flagge segelt aber recht viel. Die Hausmutter, der Schäfer, der Curpfuscher: sie alle brüsten sich mit ihren Erfahrungen. Wenn ein geimpftes Kind Phthise bekommt und stirbt, so sagt der Impfgegner: Weil das Kind geimpft ist, ist es gestorben; das ist seine Erfahrung: post hoc, propter hoc, namentlich, wenn es ihm in den Kram passt. Das nennen wir rohe Empirie. Der Impfarzt sagt: Ich habe 100 Kinder geimpft, davon hat Eines Phthise bekommen; unter 100 nicht geimpften Kindern bekommt auch wenigstens je Eines Phthise. Er argumentirt auch mit der Erfahrung, aber mit Rücksicht auf ihre Zahlenverhältnisse: Das ist die statistische Empirie. Der Bacteriologe sagt: Die Lymphe, sowie das Kalb, dem sie entnommen, sind frei von Tuberkelbacillen, ebenso die Impfpustel; somit kann die Impfung nicht Ursache der Erkrankung sein. Das ist ein Beispiel für rationelle Empirie. Wer hat Recht?

Lassen Sie uns diese 3 Formen der Erfahrung näher betrachten. Dass der Impfgegner in obigem Beispiel unrecht hat, leuchtet Jedem ein; er steht auf dem Standpunkt jenes Engländers, der in sein Tagebuch schrieb: «Die Einwohner dieser Stadt haben rothe Haare, stottern und sind sehr grob», weil der Einzige, den er zu Gesicht bekam, sein Kellner, zufällig diese Eigenschaften besass.

Wesentlich sicherer stellt die Statistik. Aber diese Wissenschaft hat ihre eigenen Gesetze und Fehlerquellen, die, obwohl seit einem halben Jahrhundert bekannt, doch nicht immer berücksichtigt zu werden pflegen. Das wichtigste Gesetz ist das der hohen Ziffer. Wenn ich in einen Sack 50 schwarze und 50 weisse Kugeln bringe, und nun blindlings mit der Hand eine Kugel herausgreife, so ist die Wahrscheinlichkeit ebenso gross, dass ich eine schwarze, als dass ich eine weisse Kugel erwische. Aber wenn ich die entnommene Kugel jedesmal wieder in den Sack zurückbringe, und den Griff 10 mal wieder-

Digitized by Google

hole, so kann es wohl vorkommen, dass ich 8 mal schwarze und nur 2 mal weisse Kugeln ergreife; bei 100 Kugeln wird das Verhältniss schon etwas eher gleich und gleich werden, aber erst bei vielen tausend Griffen kann ich mit Sicherheit darauf rechnen, dass die Summe der gefundenen Zahlen schwarzer und weisser Kugeln der berechneten Wahrscheinlichkeit entsprechen wird.

So einfache Verhältnisse begegnen uns aber kaum jemals in der medicinischen Praxis. Hätten wir eine Krankheit, die nach allen bisherigen Erfahrungen unbedingt tödtlich endigt, und es gelänge, durch ein bestimmtes Mittel einige oder alle Kranken am Leben zu erhalten, so dürfte die Zahl dieser Heilungen unbedenklich als statistischer Effect des Mittels angesehen werden.

Meist liegt aber die Sache so, dass auch ohne Behandlung an einer gewissen Krankheit nur ein bestimmter Procentsatz der Befallenen stirbt; es handelt sich nun darum, den Procentsatz der behandelten mit dem der unbehandelten oder anders behandelten Geheilten zu vergleichen. Hier treibt, wie bei den Kugeln, der Zufall sein Spiel, und dieser kann nur durch grosse Zahlen ausgeschaltet werden. Schon Gavarret hat darauf hingewiesen, dass Reihen unter 300 den grössten Fehlern Raum gewähren.

Wir haben ja bei der Beurtheilung des Diphtherieserums den Aufbau einer solchen Statistik in grösstem Maasse erlebt, und gesehen, wie neue Schwierigkeiten dadurch eintreten, dass das zu vergleichende Material als solches ungleichwerthig ist. Einmal ändern die Infectionskrankheiten je nach örtlichen und zeitlichen Einflüssen ihre Mortalität innerhalb weiter Grenzen; dann ist das Material im genannten Falle dadurch ungleichartig geworden, dass die Diagnose durch Einführung der bacteriologischen Methode eine Verschiebung erlitten hat; endlich ist den Krankenhäusern zur Zeit der Serumbehandlung eine Menge von Leichtkranken zugeflossen, die früher zu Hause behandelt worden wären. Es war somit nöthig, eine genaue Sichtung der zur Statistik verwandten Fälle vorzunehmen, und den Ausschlag hat schliesslich nicht das rohe Zahlenverhältniss gegeben, sondern die Erfahrungen, dass der Einzelfall auf das Serum mit baldiger Besserung zu reagiren pflegt, dass die Heilung um so sicherer erfolgt, je früher das Mittel angewandt wird, endlich der Vergleich von Reihen behandelter und unbehandelter Patienten am gleichen Ort und zu gleicher Zeit; und es ist Ihnen bekannt, dass

Digitized by Google

auch heute noch von beachtenswerther Seite die Deutung der gewonnenen Zahlen angegriffen wird.

Dabei ist zu bedenken, dass die Feststellung der Mortalitätsziffer ein der Statistik besonders leicht zugänglicher Grenzfall ist. Meist wird von den Mitteln lediglich eine Abkürzung der Krankheitsdauer, oder das Verschwinden gewisser Krankheitssymptome erwartet. Hier schleicht sich in die Statistik ein subjectives Moment ein, ein Urtheil des Beobachters. Sehr klar sagt Schmiedeberg: «Die Erfahrung wird auf diesem Gebiete in der Regel in der Weise gewonnen, dass der Beobachter sich auf Grund vorhandener Angaben oder eigener Anschauung zunächst eine Vorstellung von dem weiteren Verlaufe des Krankheitsfalles bildet, und danach die ihm zweckmässig scheinende Behandlung einleitet. Durch Vergleichung des nach der letzteren eingetretenen Verlaufs mit dem ursprünglich gedachten wird dann der Erfolg des angewandten Mittels abgeschätzt. Da aber jene Voraussetzung über den Verlauf der Krankheit keineswegs eine zutreffende zu sein braucht, so ist es verständlich, dass es mehr oder weniger von der subjectiven Auffassung abhängt, welchen Einfluss der Beobachter dem angewandten Mittel zuschreiben, und in welchem Umfang er die eingetretene Wirkung abhängig machen will. Daher ist das durch diese subjective Schätzung gewonnene Wissen ein sehr unsicheres, gegen das der Eine mit kritischen Bemühungen zu Felde zieht, während ein Anderer darauf fusst, und mit Stolz von seiner positiven Richtung spricht. Solche durch Schätzung gewonnene Sätze können sich allerdings im Laufe der Zeiten derart vervielfältigen und nach derselben Seite summiren, dass sie zuweilen den Werth von Thatsachen erlangen.» (Grundriss 1895, p. 10.)

Es gibt ja Fälle, wo das Urtheil schon nach wenigen Beobachtungen mit ziemlicher Bestimmtheit abgegeben werden kann: so über die antithermische Wirkung der Antipyretica, die antineuralgische Wirkung der Nervina; das sind Fälle, die einem reinlichen Experimente gleichen, und bei denen der Zufall relativ leicht ausgeschaltet werden kann. Schon schwieriger ist die Beurtheilung von Abführ- und Schlafmitteln, weil da die Suggestion eine grosse Rolle spielt; wird sie nicht ausgeschlossen, so sind selbst grosse Beobachtungsreihen völlig werthlos. Am allerschwierigsten wird aber das Urtheil, wo es sich um Linderung langdauernder, wechselnder Schmerzzustände oder um Besserung langwieriger chronischer Krankheitsprocesse handelt. Wer die Geschichte der Phthiseotherapie

Digitized by Google

von dem im Zimmer ausgebreiteten Seetang, der des siechen Laënnec letzte Hoffnung bildete, bis zur Heissluftbehandlung und dem Tuberculin verfolgt, der wird recht bescheiden und skeptisch, und nimmt es kritischen Patienten nicht mehr so übel, wenn sie manchmal von der «Heilkunst» nicht ganz so überzeugt sind, wie deren Vertreter. Solche historische Rückblicke sollte eigentlich jeder Arzt von Zeit zu Zeit einmal vornehmen, als untrügliches Specificum gegen jenen ehrlichen, aber unkritischen Enthusiasmus, der unserer Kunst den Echternacher Springschritt aufzwingt, und der der eigentlich wahre Feind des therapeutischen Fortschrittes ist. Denn wer ein unwirksames Mittel als gut anpreist, hat nicht nur seine und seiner Patienten Kraft und Zeit auf dem Gewissen, sondern verleitet auch Andere zu gleicher Vergeudung; bekanntlich hat der Irrthum das zähe Leben einer Hydra.

In den Jugendjahren der exacten Medicin, als man diese um jeden Preis der Naturwissenschaft als Tochter unterschieben wollte, glaubte man den therapeutischen Effect erst dann anerkennen zu dürfen, wenn man ihn gewissermaassen a priori aus physiologischen und pathologischen Erfahrungen ableiten konnte: das nannte man rationelle Medicin. Die Vertreter dieser Anschauung sind in reiferem Alter alle vom Extrem zurückgekommen; die Erfahrung hat sie gelehrt, dass der menschliche Organismus ein viel zu complicirtes Gebilde, unsere Kenntniss von demselben eine viel zu schwierige und unvollkommene sei, der Kranke aber nicht warten könne und wolle, bis die Wissenschaft das Gebäude einer pathologischen Physiologie vollendet habe. Jene hyperexacte Schule hat sogar direct geschadet; sie ist schuld gewesen an dem therapeutischen Nihilismus, dem wir die Aftermedicin dieses Jahrhunderts zu danken haben; sie hat die Einführung der Hydro- und Mechanotherapie verzögert, weil sie deren Wirkung nicht begreifen konnte; noch heute kämpfen wir gegen die letzten Ausläufer dieser unseligen Richtung.

Wenn wir uns gegen den extremen Rationalismus wenden, so wollen wir damit nicht die Ratio, die Vernunft aus der Medicin entfernt wissen. Ein Einsichtiger konnte sich denken, dass, wenn Liquor ferri, auf eine Wunde gebracht, das Blut coagulirt, desswegen einige Tropfen desselben, per os eingeführt, doch nicht an einer blutenden Lungenarterie dieselbe Wirkung äussern können; ebenso konnte man sich sagen, dass die paar

Digitized by Google

Tropfen Carbolsäure, Kreolin, Ichthyol, die der menschliche Magen erträgt, nicht im Stande sein würden, bei der grossen eintretenden Verdünnung den gesammten Inhalt und die Wand eines Typhusdarms zu desinficiren. Und doch existiren über derartige Versuche ganz artige Stösse von Literatur.

Ueberblicken wir nochmals unseren Gedankengang. Sie sehen, nicht die rohe, nicht die statistische und nicht die rationelle Methode allein verspricht uns sichere Erfahrungen. Unsere Methode muss die sein, dass wir alle diese Methoden benützen. So wird, um auf obiges Impfbeispiel zurückzukommen, der vorsichtige Arzt alle Momente abwägen und sagen: «Beide, der Impfarzt und der Bacteriologe liefern mir werthvolle Daten: selbst, wenn eine directe Uebertragung der Tuberculose durch die Lymphe in diesem Falle ausgeschlossen ist, das Kind durch die Abstammung von tuberculösen Eltern den Keim der Krankheit in sich trug, so wissen wir doch, dass durch intercurrente Krankheiten dieser Keim zur Entwicklung kommmen kann; nun hat aber dieses Kind die Impfung leicht und ohne Störung seines Befindens überstanden, somit ist es wahrscheinlich, dass in diesem Falle Impfung und Phthise ausser Zusammenhang stehen.» Das ist dann die kritisch gesichtete Erfahrung dieses Falles; summiren sich ähnliche Erfahrungen, dann wächst mit ihrer Zahl auch der Grad der Wahrscheinlichkeit bis nahe der Gewissheit.

Eine derartige, auf Erfahrung und Ueberlegung gegründete Kritik des zu Erwartenden sowie des Erreichten muss nothwendig jedem therapeutischen Versuche zur Seite stehen; nur unter dieser Voraussetzung ist man berechtigt, jene hippocratische Vorschrift zu befolgen, die gebietet, Nichts ungeprüft anzunehmen, noch zu verwerfen.

Es ist nicht zu übersehen, dass die Bedingungen für eine möglichst gesicherte Erfahrung in unserem quantitativ gesinnten Jahrhundert wesentlich günstiger geworden sind in Folge der Genauigkeit, die wir unseren Beobachtungen durch die Anwendung der messenden Methoden zu geben im Stande sind. Bestimmungen des Körpergewichts, der Körpertemperatur, des Blutdrucks, der Pulsformen; die objectiven, durch physicalische Diagnostik, Palpation und Skiagraphie ermittelten Veränderungen der Körperorgane, chemische Harn- und Stoffwechseluntersuchungen: das sind zahlenmässige Belege für das Urtheil, die denn auch den Publicationen in weitestem Umfang als Beweismaterial unterzulegen sind.

Digitized by Google

Vorausgesetzt ist dabei, dass die Methoden vom Untersucher thatsächlich beherrscht werden, d. h. dieser nicht allein die mechanische Anwendung der Apparate, sondern auch deren Fehlerquellen und Fehlergrenzen kennt. Das verlangt aber gründliches Studium, sonst kommt, wie bei den pharmacologischen Untersuchungen, eine Scheingenauigkeit heraus, die nur verwirren kann. Missbräuchliches Voltigiren mit unverstandenen Pulscurven und Stoffwechselversuchen spielt in der therapeutischen Literatur eine grosse Rolle.

Von allergrösster Wichtigkeit ist, dass wir gelernt haben, einen Einfluss auszuschalten, der in früheren Zeiten die Wahrheit bis zur Unkenntlichkeit zu verunstalten im Stande war: den der Suggestion. Noch heute liegt diese mächtige Kraft einer ganzen Reihe von populären Heilmethoden als einzig erkennbares Agens zu Grunde; von ihrer Wirkung auf das körperliche und geistige Befinden Siecher weiss jeder Arzt zu erzählen. Erfolge, oft als Massensuggestion, pflegen das Auftreten neuer Heilmethoden zu begleiten; in lebhafter Erinnerung ist uns noch die Jugendzeit der Elektrotherapie, die Suspension der Tabiker, und, leider auch das Tuberculin. Wir lachen über Lourdes, sollten aber die daraus gewonnene Erfahrung beherzigen, und stets den ersten Enthusiasmus verrauchen lassen, ehe wir uns entschliessen, unsere «Erfolge» der Mit- und Nachwelt zu übergeben.

Meine Herren, werfen wir einen Rückblick auf den durchschrittenen Weg voll Täuschungen und Gefahren. Sie werden mir beistimmen: Therapeutische Versuche sind nicht so einfach, als man gewöhnlich denkt, und wer sich nicht täuschen will, der muss über ein reiches Maass von Erfahrung, Können und kritischer Vorsicht verfügen. Wer sich darin nicht sicher fühlt, lasse lieber im richtigen Gefühl seiner Verantwortung gegen den Kranken die Finger von solchen Experimenten, oder behandle wenigstens seine «Erfolge» zunächst als Privatgeheimniss. Auch in der Medicin sind es die «Cunctatores», denen schliesslich der Sieg zufällt.

Ars longa, vita brevis, experientum fallax, judicium difficile.

Mit diesem ehrwürdigen hippocratischen Spruch lassen Sie mich meine Erörterungen schliessen.

Aber ich muss noch ein Postscriptum beifügen: einen juristischen Anhang.

Es ist nicht meine Aufgabe, hier das sämmtliche Gesetzesmaterial über den Verkauf von Arzneimitteln kritisch zu sichten.

Digitized by Google

Aber auf einen, wie mir scheint, bedenklichen Uebelstand möchte ich doch aufmerksam machen.

Unsere Gesetzgebung befolgt den Grundsatz: Was nicht verboten ist, ist erlaubt. Sie bestimmt namentlich diejenigen starkwirkenden Arzneimittel, die dem Handverkauf entzogen sind, d. h. nur auf ärztliche Verordnung abgegeben werden dürfen. Aber sie enthält, soviel ich sehe, keine Bestimmungen über neue Heilmittel; nur von Fall zu Fall, oder bei Ergänzung des Arzneibuches, reiht sie neue Mittel der Tabelle B und C ein. Mir scheint, auf diese Weise deckt man den Brunnen erst, nachdem das Kind hineingefallen. Richtiger würde es sein, neue Mittel so lange dem Handverkauf vorzuenthalten, bis die oberste Medicinalbehörde sich über deren Gefahrlosigkeit informirt und ausgesprochen hat. Damit wäre auch dem Gelüste des Publicums nach Novitäten eine gewisser Riegel vorgeschoben; zwar verschwände mancher schöner Placatschmuck, aber auch manche Intoxication, und dies scheint mir wenigstens das Wichtigere.

Erlauben Sie, meine Herren, dass ich die Kernpunkte meiner Ausführungen in einigen Thesen zusammenfasse, die ich unseren Herrn Vorsitzenden bitte, zur Discussion zu stellen.

Thesen.

1. Das planmässige und industrielle Aufsuchen und Herstellen neuer Heilmittel ist vom Arzt wie vom leidenden Publicum an sich als werthvolle Bestrebung zu begrüssen.

2. Die Bemühungen der Industriellen um möglichst rasche Verbreitung und Prüfung, sowie baldige Publication der Prüfungsergebnisse führt zu Missständen, die dem Interesse der Kranken, wie dem Ansehen des ärztlichen Standes zuwiderwirken.

3. Der Prüfung eines Heilmittels hat unbedingt vorauszugehen:

a) Eine ausführliche und vollständige Untersuchung der Wirkung am Thier; dieselbe ist von pharmacologisch gebildeten Fachmännern vorzunehmen. Ohne solche Untersuchung sollte kein Mittel zur Verwendung am Menschen kommen.

b) Eine sachgemässe Ueberlegung, ob auf Grund der heutigen klinischen und experimentellen Kenntnisse eine Heilwirkung des Mittels voraussichtlich zu erwarten sein wird.

Digitized by Google

4. Starkwirkende Mittel sollten unbedingt nur an ständigem Krankenmateriale mit beständiger ärztlicher Aufsicht (also in Krankenhäusern und Kliniken) versucht werden.

Weniger giftige Mittel sind zum Versuch auch in der poliklinischen und Stadtpraxis zulässig.

5. Zum Urtheil über die Wirkungen neuer Mittel sind nur solche Aerzte befähigt, die durch literarische und persönliche Erfahrung über den Gang der Krankheiten im unbehandelten oder anders behandelten Verlauf hinreichendes Wissen aufweisen. Anfänger in der Praxis, denen diese Erfahrung nicht zu Gebote steht, sollten therapeutische Versuche thunlichst unterlassen.

Die Publication therapeutischer Erfahrung dürfte nur unter genauer Angabe der als Besserung zu deutenden objectiven Symptome geschehen. Urtheile wie «gebessert», «geheilt» sind werthlos.

Statistische Zusammenstellungen, die nicht jeden Einzelfall kritisch sichten, sind unnütz, ja schädlich.

6. Wünschenswerth wären gesetzliche Maassnahmen, die den Handverkauf neuer Mittel so lange untersagen, bis er von den Medicinalbehörden ausdrücklich freigegeben wird.

Discussion. Herr Bahrd erklärt sein Einverständniss mit den Thesen des Herrn His und weist ferner auf den Missstand hin, dass neue Arzneimittel häufig in den Tageszeitungen empfohlen würden, lange bevor in den Fachzeitschriften etwas über sie zu finden sei. Sehr nothwendig sei eine Einschränkung des Handverkaufs der Arzneimittel. Ein bestehendes Verbot werde vielfach umgangen, z. B. sei das vom Handverkauf ausgeschlossene Antipyrin in Form von Migränin überall zu haben.

Herr Barth: Eine Besserung der von His erwähnten Missstände sei nur durch die Bekämpfung des Geheimmittelschwindels zu erzielen. Die jetzige Definition des Begriffs Geheimmittel sei durchaus unzureichend. Ein Geheimmittel sei nicht bloss ein solches, dessen Zusammensetzung man nicht kenne, sondern auch ein solches, dessen Wirkung unbekannt sei. Vom Handverkauf müsse jedes Mittel ausgeschlossen sein, solange, als nicht eine besondere Erlaubniss dazu ertheilt werde. Also an Stelle des Handverkaufsverbots sei die Einführung einer Handverkaufserlaubniss für neue Mittel anzustreben.

Herr Curschmann beklagt die Unterstützung, welche den Fabrikanten neuer Heilmittel durch die Aerzte gewährt wird. Ein besonders grober Unfug sei die Beigabe von Broschüren und wissenschaftlichen Publicationen bei der Versendung solcher Mittel durch die Fabrikanten. Mit diesem Punkt sollten sich die ärztlichen Standesvereine einmal beschäftigen. Auch in den Kranken-

Digitized by Google

häusern müsse bei der Prüfung neuer Heilmittel sehr vorsichtig vorgegangen werden. Herr C. kann sich selbst damit in dem ihm unterstellten Hospital nur selten beschäftigen, weil er es mit seinen Unterrichtspflichten nicht vereinbar hält, die eine gewisse therapeutische Stetigkeit verlangen. Ein Verbot des Handverkaufes von Arzneimitteln könne stets nur beschränkten Erfolg haben, weil dieselben in grösseren Quantitäten doch leicht zu haben seien.

Digitized by Google

Sitzung vom 1. November 1898.

Vorsitzender: Herr **Bahrdt**, Schriftführer: Herr **Braun**.

Herr **Bahrdt** berichtet über 3 Fälle von **Gallensteinen.**

1) 69jährige Frau, seit Anfang Januar Symptome von Gallensteinen. — 22. August: Ueberfahren von einem Radler. Grosse Sugillate an der rechten Seite des Leibes und am Gesäss. Schmerz im rechten Hypochondrium, Bettlägerigkeit, leichter Ikterus, Verstopfung. Nach Oelklystier (500 ccm) am 31. August Abgang von 2 wälschnussgrossen Gallensteinen (Cholestearin). Darnach völlige Genesung.

2) 66jähriger Mann. Sehr kachektisch, abgemagert. Grosse harte Leber, in der Gegend der Gallenblase taubeneigrosser Tumor. Verdacht auf Carcinom. Nach 1/4 Jahr plötzliche Erkrankung mit heftigem Leibschmerz, Verstopfung, Tumor an der Leber verschwunden. Nach 9 Tagen Ileus; am 10. Tage hoch oben im Mastdarm ein harter Körper fühlbar, am 10. Tage Entfernung desselben in Chloroformnarkose; er bestand aus einem Gallensteine von 7 cm Länge, 11 cm Umfang an der dicksten Stelle. Genesung.

In beiden Fällen sind natürlich die grossen Steine nach vorheriger Verlöthung aus der Gallenblase in den Darm durchgebrochen.

3) 45jähriger Herr. Gallensteinkoliken seit 24. Januar 1895; vom 3. Februar bis 11. März intermittirendes Fieber, Ikterus, Schmerz in der Lebergegend; am 11. Februar Pleuropneumonie r., wegen letzterer und wegen des Widerstandes des Patienten wurde nicht operirt. 7. März: Petechien auf der Haut. — 23. März: acute Nephritis, Oedem der Füsse, 13. April Gicht in der rechten grossen Zehe. — Albuminurie am 14. Mai verschwunden. Im October 1896 trat noch einmal ein dreitägiges Fieber mit Ikterus ein und im Januar 1897 einige Tage Albuminurie. Seitdem ist der Patient bezüglich Leber und Nieren gesund geblieben.

Herr **Kockel** demonstrirt eine Anzahl mikroskopischer Präparate, an denen eine **neue Fibrinfärbung** ausgeführt worden ist.

Die Färbung der Fibrins ist an den vorgelegten Präparaten in ganz ähnlicher Weise bewirkt worden, wie für gewöhnlich die Färbung der Markscheiden nach Weigert's Haematoxylin — Boraxferricyankalium — Methode vorgenommen wird.

Digitized by Google

Wichtig ist nach Ansicht des Vortragenden für das Gelingen der Färbung nur, dass möglichst dünne Paraffinschnitte verwendet werden, die nur mit Chromsäure, nicht aber mit essigsaurem Kupfer gebeizt werden.

Das nach diesem Verfahren tingirte Fibrin hebt sich durch seine blauschwarze bis schwarze Farbe scharf von dem blassbräunlichen Grunde ab.

Ist auch, wie Vortragender ausführt, die Methode noch nicht nach allen Richtungen hin geprüft, so liefert sie doch schon jetzt recht brauchbare Resultate, die es wohl verdienen, den durch Weigert's Fibrinmethode gewonnenen an die Seite gestellt zu werden.

Vortragender behält sich vor, weitere umfassende Untersuchungen auf dem berührten Gebiete anzustellen und hofft, das neue Färbeverfahren für Fibrin zu einem noch besseren zu gestalten.

Herr **Tecklenburg** hält einen Vortrag über **Querulantenwahn**, welcher ausführlich in der Münchener medicin. Wochenschrift erscheinen wird.

Discussion: Herr Flechsig führt unter Heranziehung von Beispielen aus, dass nach seiner Meinung nur ein Theil der Querulanten an Paranoia leide. In diesen Fällen sei der Ausgangspunkt des Wahns bereits eine krankhafte Vorstellung, z. B. eine Hallucination.

In anderen Fällen aber bilden Thatsachen den Ausgangspunkt, z. B. ein im guten Glauben geführter Process. Wenn urtheilsschwache, aber auf ihr eigenes Urtheil eingebildete Menschen, oder secundär, in Folge einer Geisteskrankheit, schwachsinnig gewordene Menschen einen Process verlieren, so können sie zu Querulanten werden, weil sie nicht einsehen können, dass sie Unrecht haben. Endlich schliesst sich der Querulantenwahn bisweilen an gerichtliche Verhandlungen an, bei denen den Leuten wirklich Unrecht geschehen ist. Diese beiden Gruppen können der Paranoia nicht ohne Weiteres beigerechnet werden.

Herr Thiersch frägt Herrn Flechsig, ob Sectionsbefunde von Querulanten bekannt seien, und ob solche durch geschehenes Unrecht entstandene Querulanten wieder gesund geworden seien, wenn sie ihr Recht erhielten.

Beide Fragen werden von Herrn Flechsig verneint.

Digitized by Google

Sitzung am 15. November 1898.

Vorsitzender: Herr Bahrdt. Schriftführer: Herr Braun.

Herr **Saenger** spricht über **Ureterenchirurgie beim Weibe.**

Vortragender gibt in grossen Zügen einen Ueberblick über den dermaligen Stand der Ureterenchirurgie, insbesondere der am häufigsten betroffenen und den Gynäkologen am meisten interessirenden Pars pelvica ureteris mit Einstreuung eigener Erfahrungen. So gliedert sich der Vortrag, erläutert durch Demonstrationen in folgende Abschnitte:

1. Anatomie. Darstellung nach Waldeyer und Nagel (Vagina ureteris, Arteriae propriae ureteris).

2. Untersuchung. Inspection (Pawlik's Dreieck). Palpation (Hegar, Saenger) mit Schilderung eines Falles, wo die Ureterentastung schliesslich zur Diagnose eines Steines im linken Nierenbecken führte.

3. Cystoskopie. a) Elektrocystoskopie mit Wasserfüllung der Blase (Nitze, Caspar, Albarran u. A.); b) mit reflectirtem Tages- oder künstlichem Licht und Luftfüllung der Blase (Pawlik, H. A. Kelly); c) Combination beider Verfahren (Pawlik).

4) Untersuchung der Ureteren und des Nierenbeckens mittels Bougie, Katheter, Sonde zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken (Verfahren von Simon, freihändige Sondirung von Pawlik, Sondirung mit Hilfe der Cystoskopie. Neumann's Harnscheider, der bei weiterer Verbesserung wohl für viele Fälle die Sondirung verdrängen dürfte).

Angeborene Anomalien des Ureter: Ueberzählige Ureteren, abnorme Ausmündung derselben. Vortragender beobachtete

Digitized by Google

ebenfalls einen derartigen Fall, wo ein Ureter rechts von der äusseren Urethralöffnung ausmündete. Patientin entzog sich der Radicalbehandlung, welche bestehen kann in directer Einpflanzung in die Blase oder Herstellung einer Communication mit der Blase und Verschluss des distalen Endes (Wölfler, Jakobs, Benckiser). Orthmann's Fall von Exstirpation einer abgeschlossenen Ureterencyste per vaginam.

Erkrankungen, welche localer Behandlung zugängig sind: Ureteritis und Periureteritis nebst Pyelitis. Die alte Methode nach Bozeman und Dunn nach Kolpocystotomie verdrängt durch die directe Methode von Kelly. Feststellung von Stricturen, Concrementen im Ureter. Compression, Verlagerungen des Ureter durch die verschiedensten von Becken- und Bauchorganen ausgehenden Geschwülste etc. werden meist durch deren Operation mit besonderer Berücksichtigung der Ureterenverhältnisse behoben. Am wichtigsten Verletzungen und Fisteln der Ureteren.

Der Ureter kann verletzt werden;

1. Durch Geburten. Ureter-Uterus-(Cervix-)Fistel, Ureter-Vaginal-Fistel, auch beide zugleich (Geyl).

2. Bei Eröffnung von Beckenabscessen von der Scheide her (Tauffer u. A.).

3. Bei vaginalen Hysterectomien wegen Carcinom, Myom, Adnexerkrankungen mit Klemmen oder Ligaturen.

v. Winckel	2,2 Proc.
F. B. Robinson	3 „
A. Martin	1 „
Kelly	0,2 „

Vortragender hat unter ca. 150 vaginalen Hysterectomien keine Ureterenverletzung erlebt.

4. Bei abdominalen Operationen. a) Abdominale Totalextirpation des Uterus wegen Carcinom (Penrose, Freund, Kelly u. A.).

b) Bei Myomen, besonders mit intraligamentärem Sitze, Ureter meist unten seitlich, selten darüber, auch durch die Geschwulst durchgehend; früher auch bei extraperitonealer Stumpfbehandlung und typischer Porro-Operation.

c) Intraligamentäre Cysten des Ovarium, des Parovarium (Lig. latum eröffnet).

d) Pseudointraligamentäre Cysten des Ovarium (mit Einreissen des Lig. latum).

Digitized by Google

e) Verschiedene Arten von ektopischer Schwangerschaft.

f) Schwere Adnexerkrankungen, besonders Pyosalpinx und Pyoovarium mit allseitigen dichten Verwachsungen, Perforation in das Lig. latum.

Die Verletzungen des Ureter können bestehen in Anstechen, Anbrennen, Anschneiden, Halbdurchschneiden, Ganzdurchschneiden, Ausschneiden eines Stückes.

Ort der Verletzungen: (typisch und atypisch) im oberen und unteren Theile des kleinen Beckens (intraabdominal), seitlich vom Collum, im Septum vesicovaginale (vaginal).

Unterbindungen, früher am häufigsten (J. Blumenfeld): einseitige Unterbindung: absichtliche, von Bastianelli, Füth, braucht nicht tödtlich zu sein, doch kann in Folge Wandnekrose nachträglich Fistel entstehen. Fälle einseitiger Unterbindung bei schon bestehender Verödung der Niere mehrfach beobachtet. Befreiung des unterbundenen Ureter nach Lösung der Ligaturen wiederholt gelungen (Zweifel per vaginam, Kelly während Coeliotomie). Von W. A. Freund nachgewiesen, dass Sondirung des durch Einschnitt eröffneten Ureter nicht immer gelingt.

Vortragender ist unter 825 Coeliotomien 4 mal mit den Ureteren in Conflict gekommen: 2 Fälle von Entblössung auf eine lange Strecke des als solchen erkannten Ureter bei intraligamentären Cysten. Ungestörte Heilung. 1 Fall doppelseitiger Unterbindung bei abdominaler Hysterectomie wegen vorgeschrittenem Sarcoma uteri. Eigenartiger Fall. $^1/_2$ Jahr vorher von anderer Seite Excisio colli uteri alta gemacht worden. Ureteren durch Narben dicht an die Cervix herangezogen. Ein Fall von einseitiger Unterbindung bei sehr schwerer Amputatio uteri myomatosi supravaginalis (nach Schröder). Beide Fälle, die sich vor Jahren und vor der Aera der Ureterocystoanastomosis ereigneten. Blutige Verletzung hat Vortragender nicht beobachtet.

Vermeidung von Unterbindungen und Verletzungen, bei vaginalen Operationen (Colpocoeliotomie), besonders durch genaue Beachtung der anatomischen Verhältnisse, Ureterenpalpation, event. Sondirung. — Bei vaginalen Hysterectomien vorherige Sondirung (Pawlik, Kelly) nicht unbedingt nöthig. — Vor Allem zuerst Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes und breite und hohe Abschiebung der Blase sammt Ureteren von der Cervix und den Lig. lata. Sehr wesentlich ist auch die consecutive Blutstillung nach völliger Entwicklung des Uterus.

Digitized by Google

Vermeidung bei abdominalen Operationen:

1. Richtige Erkennung des pseudointraligamentären oder wahrhaft intraligamentären Sitzes der Geschwulst. Der letztere wird viel zu häufig diagnosticirt; das hintere Blatt des Lig. latum sehr oft angerissen.

2. Beachtung der Lage der Ureteren bei allen Unterbindungen und Umstechungen.

3. Bei allen Ausschälungen sich dicht an das Object und an den Uterus halten.

4. Eventuell vorherige Sondirung des Ureter, besonders bei abdominalen Hysterectomien wegen Carcinom mit Drüsenausräumung. Doch kein absoluter Schutz, da Kelly selbst trotzdem einmal den Ureter durchschnitt.

5. Nicht scheuen, eventuell den Ureter frei zu legen, zu öffnen, zu sondiren (Kelly, W. A. Freund).

6. Thunlichste Vermeidung von Massenligaturen, Operiren mit Einzelunterbindung der Hauptgefässe.

Absichtliche Verletzungen der Ureteren bei Operationen vorgeschrittener, bösartiger Geschwülste sind vielfach gemacht worden. Bei sacraler Hysterectomie des Uterus von Schede, Westermark, bei abdominaler von Chalot, W. A. Freund u. A.

Die Behandlung der frischen Verletzungen der Ureteren gestaltet sich anders als bei Fisteln (Ureter-Bauch-, Ureter-Scheiden- und Ureter-Uterusfisteln), wenn auch der Technik vieles gemeinsam ist.

Operationen im Anschluss an Verletzungen bei Coeliotomien:

1. Feste Unterbindung eines Ureter (schon erwähnt.)

2. Einnähung in die Bauchwunde: a) eventuell später Nephrectomie, b) oder später Herstellung einer Verbindung mit der Blase (Nussbaum, Hegar, Rydygier, Buschbeck u. A.) — Wohl veraltet.

3. Nephrectomie (sofort oder später).

4. Seitliche Naht einer Ureterwunde (Russel-Baltimore), sowie nach absichtlicher Ureterotomie.

5. Directe Naht, Rand an Rand (Tauffer) nach Abschrägung der Enden (Bovée): Ureterorhaphia transversa s. obliqua.

Digitized by Google

6. Uretero-Ureteroanastomosis (per invaginationem) durch van Hook u. A. (Chicago) an Thieren, von Kelly am Menschen zuerst mit Erfolg ausgeführt.

7. Darmeinpflanzung, vielfach zuerst an Thieren versucht. Als Uretero-Proctostomie, Uretero-Colostomie von Simon, Thomas, Küster mit unglücklichem Ausgang ausgeführt. Rein's Fall von Einnähung der Ureteren in den Mastdarm bei Ectopia vesicae, dessgleichen Chaput's Fall mit Heilung.

Der von Boari in Nachahmung des Murphyknopfes erfundene Ureterendarmknopf ist am Menschen noch nicht erprobt, doch hat Calderini ihn zur Einpflanzung des Ureter in die Blase benutzt (Heilung).

8. Gekreuzte Uretero-Ureteroanastomosis. (Ureter der einen Seite in den der anderen Seite eingepflanzt.) Am Menschen noch nicht erprobt.

9. Uretero-cysto(-anastomosis)-neostomie ist nun zur Hauptmethode geworden. Viele Thierversuche besonders italienischer Forscher: Novaro, Giordano, Vigoni, Tuffier, Büdinger sind vorausgegangen, bis Novaro-Bologna und Bazy-Paris 1893 die ersten Implantationen am Menschen machten; jeder mit 2 Fällen und Genesung.

Auch die vaginalen Operationen zur Heilung von Ureterscheidenfisteln haben grosse Fortschritte gemacht. Es werden die neueren Verfahren von Mackenrodt, Dührssen, Bumm, Kelly geschildert, der Fall von Pawlik: Einpflanzung der Ureteren in die Scheide, nachherige Totalexstirpation der Blase erwähnt.

Abdominale Ureteroperationen zur Heilung von vaginalen und uterinen Fisteln des Ureter.

1. Alle Theile des Sexualorgans sind vorhanden, — so nach Geburten mit Hinterlassung von Ureter-scheiden und Ureter-uterusfisteln.

2. Der Uterus, die Adnexa einer oder beider Seiten sind vaginal oder abdominal weggenommen worden.

Dadurch sehr verschiedene anatomische Verhältnisse, sehr verschiedene Bedingungen für die Operation gegeben.

Nach Ausräumung des Beckens liegen Verhältnisse vor, ähnlich wie beim Manne. Die Einpflanzung kann leichter sein, da Uterus und Adnexa fehlen.

Im Ganzen bis jetzt über 30 Fälle von Uterocystoanastomosis bekannt. 3 Verfahren: 1. intraperitoneal (einige 20 Fälle);

Digitized by Google

2. intra- und extraperitoneal (3 Fälle); 3. rein extraperitoneal (1 Fall).

1. Intraperitoneal: Ureter möglichst tief unten nahe seiner natürlichen Einpflanzung eingenäht. So in den ersten Fällen von Novaro, Bazy, welcher den Ureter nicht quer abtrennte, sondern seitlich schlitzte und den Schlitz mit der Blase vernähte (je 2 Fälle). Krause, Rouffart (2 Fälle). Baldy, Kelly, Calderini, Podres u. A.

Meist Bauchschnitt in der Linea alba, auch tiefer Querschnitt (Calderini, Podres). Nicht immer Drainage; dann intraperitoneale oder extraperitoneale («Galleriebildung» von Novaro). Bei eventueller Leckbildung weder intra- noch extraperitoneale Drainage absolut sicher gegen Peritonitis und Urininfiltration. Bei strangförmig durch das Becken ziehendem Ureter (Krause) auch Darmeinklemmung möglich.

2. Intra-extraperitoneales Verfahren von Witzel angegeben 1896. Ausgeführt an einem 20jährigen Mädchen mit Ureterscheidenfistel.

Nach Coeliotomie in der Linea alba, Freimachung des Ureter bis zur tiefst erreichbaren Stelle nahe der Blase, Durchtrennung zwischen zwei Ligaturen, Emporziehung des Ureter bis zur Art. iliaca (intraperitonealer Theil). — Ureter entlang der Lin. innominata subperitoneal vorgeleitet bis zur Blase. Diese nach oben gezogen und durch Nähte fixirt. Schrägeinpflanzung mit überdeckender Schrägcanalbildung. Drainage (extraperitonealer Theil).

Nach diesem Verfahren noch 2 Fälle von Amann jr. operirt und geheilt worden, sowie als vierter ein Fall des Vortragenden. (Wird ausführlich mitgetheilt werden in der Monatsschr. f. Gebh. u. Gyn.).

31jährige Frau. Ureter-Uterusfistel nach der 2. Entbindung. Schwerer Forceps. Directer Nachweis, welcher Ureter der verletzte sei, nicht gelungen. Indiciendiagnose auf rechten Ureter als betroffenen gestellt.

Nur 2 Fälle bekannt, wo Heilung von Ureter-Uterusfistel per vaginam gelang: Duclout, Hysterokleisis (1869), Mackenrodt, Hysterectomie, dann Heilung der so gewonnenen Ureterscheidenfistel nach seiner Methode. Also Heilung unter Opferung des Uterus. Sonstige Versuche von Umwandlung der Ureter-Uterusfistel in Ureter-Scheidenfisteln sämmtlich misslungen. Alle diese Heilungsversuche nun in den Hintergrund getreten durch die abdominale Ureterocystoanastomosis. Im Princip keinerlei Kleisis, keine Hysterectomie, keine Neprectomie bei gesunder

Digitized by Google

Niere heute mehr statthaft. Fritsch widersetzt sich noch der Verwerfung der Nephrectomie, da er die Ureterocystoanastomosis noch nicht für gesichert hält; doch gibt es heute schon nicht weniger geheilter Fälle von solchen als von Nephrectomie (nach fortgeführten Listen von P. Wagner einige 30 Fälle.) Selbst bei bestehender Pyelitis ist Heilung mehrfach gelungen (Calderini, Podres, W. A. Freund). Nephrectomie also höchstens bei starker Ureteropyelitis nöthig und gerechtfertigt. So entschied sich Vortragender für die sofortige Vornahme der Ureterocystoneostomie und zwar nach dem inzwischen schon von Kelly, Boldt, Fritsch, Amann jr. gerühmten Verfahren von Witzel mit einigen Modificationen.

Operation am 14. Juli 1898. Coeliotomie in steiler Trendelenburg'scher Beckenhochlage, ohne welche derartige Operationen kaum ausführbar sind. Beide Adnexe erkrankt. Rechts Auschälung einer apfelgrossen Cyste aus dem Ovarium. Naht. Links Salpingostomie, Der betroffene rechte Ureter stark verdickt. Durch Spaltung des Peritoneum vom Beckeneingang bis hinab zur Basis ligamentorum gespalten. Ureter leicht befreit, emporgezogen. Peritonealschnitt fortlaufend mit Seide vernäht. Provisorische Legung der Bauchnähte. Praevesicales und praeperitoneales Bindegewebe bereits durch den Bauchschnitt eröffnet. Von hier aus Vorschieben einer Zange unterhalb des Peritoneum des Darmbeintellers, Erfassen und Vorziehen des Ureter bis an das rechte Blasenhorn. Dieses dem Ureter entgegengebracht und an die Darmbeingrube fixirt. Blase auf einer von der Urethra vorgeschobenen Billroth-Zange eröffnet. Diese erfasst den etwas geschlitzten Ureter, zieht ihn in die Blase herein. Einnähung des Ureter durch 3 Reihen feiner Seidennähte. Definitiver Schluss der Bauchwunde, Schnitt durch die Haut in Gegend der extraperitonealen Einpflanzung. Gazedrainage. Dauerkatheter. Ungestörte Heilung ohne vorübergehende Fistelbildung, wie sie in mehreren Fällen vorgekommen war. Entlassung am 26. Tage

3. Rein extraperitoneales Verfahren. Theile des Ureter sind vom Nierenbecken aus gelegentlich von Nephrektomien sehr häufig mitgenommen worden. Stricturen, Concremente der Pars abdominalis ureteris sind tief abwärts aufgesucht, (Fenger, Israel u. A.) die ganze Pars abdominalis ureteris freigelegt, ja der ganze Ureter exstirpirt worden (Israel, Kocher, Kelly u. A.). Aus anatomischen Gründen daher naheliegend, auch die Pars pelvina extraperitoneal zugängig zu machen. Ist von Witzel für die Ureterimplantation theoretisch befürwortet worden; auch von Fritsch, obwohl er selbst sie in einem Falle nicht zu Ende führen konnte; ebenso von Kelly, der sie in einem Falle ausführte, aber mit Misserfolg. Kelly kam dahin, nachdem er einmal die Total-

Digitized by Google

exstirpation der tuberculösen Niere nebst ganzem Ureter transperitoneal und zweimal extraperitoneal gemacht hatte. Eine glänzende Leistung; doch ist der tuberculöse Ureter leichter zu fühlen und zu verfolgen als der höchstens hypertrophisch verdickte.

Schwerlich wird der rein extraperitoneale Weg für die Chirurgie der Pars pelvica eine Zukunft haben, dagegen ein gemischtes intra-extraperitoneales Vorgehen den Vorrang behaupten. Auch bei Nephrektomie wird Eröffnung des Peritoneum nicht mehr gescheut. In Gegenwart lässt sich sagen:

1. Wir verstehen besser, uns vor Verletzungen der Ureteren zu schützen;

2. sie besser zu erkennen;

3. sie, wenn intra operationem geschehen, meist sofort auszugleichen;

4. Die vaginal mündenden Fisteln zu gewollter Zeit fast mit absoluter Sicherheit zu heilen.

Digitized by Google

Sitzung vom 29. November 1898.

Vorsitzender: Bahrd. Schriftführer: Braun.

I. Discussion über den Vortrag des Herrn Sänger: Ueber Ureterenchirurgie.

Herr Braun: M. H.! Ich möchte Ihnen eine durch Tuberculose hochgradig zerstörte Niere zeigen, welche ich am 12. Nov. d. Js. exstirpirt habe, und daran einige Bemerkungen über die Bedeutung der Ureterentuberculose knüpfen. Ich will gleich vorausschicken, es handelt sich hier um eine primäre und einseitige Nierentuberculose.

Tuberculöse Processe in einer Niere werden in der Regel erst dann für uns diagnosticirbar, wenn sie in das Nierenbecken durchgebrochen sind und käsiger, bacillenhaltiger Eiter mit dem Urin abgeht. Dann aber kommt es auch meist, vielleicht immer, sehr frühzeitig zu einer secundären Aussaat von Tuberkelknötchen in der Ureterschleimhaut und auch, in typischer Weise, in der Schleimhaut der Blase in der Nachbarschaft der Uretermündung der erkrankten Seite Aus dieser letzteren Localisation entstehen später ebenfalls typische, trichterförmige Geschwüre, welche so gelagert sind, dass der Ureter in der Tiefe des Trichters in die Blase mündet. Bei noch weiterer Verbreitung der Tuberculose auf das Urogenitalsystem ist es dann gewöhnlich weder dem Chirurgen noch dem pathologischen Anatomen möglich, sicher zu entscheiden, ob eine descendirende oder ascendirende Form der Urogenitaltuberculose vorliegt.

Die secundären Erkrankungen des Ureters und der Blase bei primärer Nierentuberculose haben für uns Interesse in therapeutischer und diagnostischer Beziehung.

Es erhebt sich nämlich die Frage, 1. ob es denn überhaupt einen Zweck hat, eine tuberculöse Niere zu entfernen, wenn Ureter und Blase bereits secundär erkrankt sind, und das wird, wenn auch nicht immer nachweisbar, wahrscheinlich meistens der Fall sein, 2. ob es nöthig oder zweckmässig ist, den erkrankten Ureter stets mit der Niere zu exstirpiren.

Digitized by Google

Die chirurgische Erfahrung gibt die Antwort hierauf. Ureter- und nicht zu ausgedehnte Blasentuberculose contraindicirt nicht die Entfernung der erkrankten Niere, vorausgesetzt, dass die zweite Niere gesund ist, vielmehr erscheint selbst in solchen Fällen und auch ohne völlige Exstirpation des erkrankten Ureters, die Nephrectomie häufig als ein geradezu lebensrettender Eingriff, nach welchem die Kranken von Neuem aufleben und in einen Zustand von annähernd völliger Gesundheit kommen. Ich verfüge selbst über einen solchen, übrigens keineswegs seltenen Fall. Ich habe vor 3½ Jahren einer zum Skelet abgemagerten Kranken wegen weit vorgeschrittener Tuberculose die rechte Niere exstirpirt, nachdem durch Kelly's Cystoskopie die Diagnose gesichert war. Ich habe damals allerdings ein grosses Stück des in eine daumenstarke mit tuberculösen Granulationen ausgekleidete Röhre verwandelten Ureters mit Hilfe des v. Bergmann'schen Schrägschnitts exstirpirt, soweit das ohne Schwierigkeit möglich war. Der periphere, natürlich ebenfalls erkrankte Ureterstumpf aber, und die an mehreren Stellen ulcerirte Blase sind darin geblieben. Nun, diese Kranke ist heute blühend und kräftig, sie wiegt 48 Pfd. mehr als vor 3½ Jahren und würde sich selbst für völlig gesund halten, wenn nicht ihr Urin trübe wäre in Folge der noch bestehenden aber nicht weiter vorgeschrittenen Blasentuberculose.[1]) Es ist auch keineswegs ausgeschlossen, dass solche tuberculöse Processe ausheilen, wenn das Allgemeinbefinden der Kranken sich hebt. Schwerlich glaube ich, dass durch eine Exstirpation des ganzen Ureters die Prognose auch noch weniger weit vorgeschrittener Fälle wesentlich gebessert werden kann. Denn einmal ist das doch, wie Sie auch aus der Schilderung des Herrn Sänger entnommen haben werden, eine sehr wesentliche operative Complication der einfachen Nephrektomie, dann aber lässt auch die neue Kelly'sche Methode der Ureterexstirpation, welche Herr Sänger besonders erwähnte, die Mündung des Ureters in die Blase unberührt, garantirt also in keiner Weise dafür, dass alle tuberculösen Herde entfernt wurden. Ich meine daher, dass die Totalexstirpation des Ureters, dann aber jedenfalls mit einem Stück Blase oder gar der ganzen Blase, nur in wenigen Ausnahmefällen indicirt sein kann.

Die secundäre Tuberculose des Ureters und speciell seiner Mündung in die Blase hat aber ein erhebliches Interesse für die relative Frühdiagnose der primären, einseitigen Nierentuberculose. Das zeigt sehr deutlich der Fall, von dem die eben demonstrirte Niere stammt, und dessen Krankengeschichte ich kurz mittheilen will.

Ein 21jähriger Kellner erkrankte vor 1 Jahre ziemlich plötzlich an starker Pyurie, die durch den Urin entleerten Eitermengen waren schliesslich andauernd so grosse, dass das Sediment fast die Hälfte der Höhe der in einem Glase befindlichen Urinmenge einnahm. Zeitweilig waren geringe Blutmengen dem Urin bei-

[1]) Der Fall wurde publicirt im Centralbl. f. d. Krankheiten der Harn- und Sexualorgane. Bd. VI. Heft 9.

Digitized by Google

gemischt. Er hat niemals Schmerzen in der Nierengegend gehabt, die Urinentleerung war zu Beginn der Erkrankung schmerzhaft, später nicht mehr. Dagegen war sein Allgemeinbefinden hochgradig gestört, er kam rasch herunter, magerte ab und ist seit Monaten so elend gewesen, dass er nicht nur seinen Beruf aufgeben musste, sondern auch meist bettlägerig war. Zeitweilig hat er Abends gefiebert. So kam der Kranke in recht elendem Zustande nach Leipzig. Es waren also ausser der schweren Störung des Allgemeinbefindens und dem Fehlen intensiverer Blasenbeschwerden zunächst keine Momente vorhanden, welche auf eine Nierenaffection hinwiesen.

Herr College Kollmann und ich haben nun den Kranken cystoskopirt und haben gleich bei der ersten Untersuchung eine sichere Diagnose stellen können. Es fand sich nämlich Folgendes: Die ganze Blasenschleimhaut war völlig normal bis auf eine einzige kleine Stelle und das war die Gegend der Mündung des rechten Ureters. Links sah man, durchaus normal, den Ureterwulst und den scharfrandigen Spalt der Uretermündung, aus dem klarer, für das Auge normaler Urin herauskam. Rechts aber war der Ureterwulst nicht zu sehen, vielmehr war an dieser Stelle die Schleimhaut stark geschwollen und geröthet, die normale Gefässzeichnung war nicht vorhanden, in und unter der Schleimhaut befanden sich vereinzelt gelegene Ecchymosen. An einer Stelle dieser pathologisch veränderten Schleimhautpartie bemerkte man am Rande einer Vertiefung eine kleine Ulceration; wo die Uretermündung sich befand, war nicht mit Sicherheit zu erkennen, dagegen wurde bei Besichtigung dieser Theile im Gegensatz zur anderen Seite das Gesichtsfeld schnell durch vorströmenden trüben Urin verdunkelt.

Es ist dies cystoskopische Bild — gleiche oder ähnliche Veränderungen bei sonst normaler Blase — wiederholt geschildert worden. W. Meyer in New-York (New-Yorker med. Monatsschrift 1896 No. 6) hat es als pathognomonisch für einseitige primäre Nierentuberculose bezeichnet. Ich glaube auch, dass es das ist. Die enormen Eitermengen, welche unser Kranker mit dem Urin entleerte, konnten nur aus dem rechten Ureter stammen, dessen Mündung als die einzige pathologisch veränderte Stelle der Blase zu erkennen war, und septische Eiterungen einer Niere verursachen eben schnell diffuse, nicht auf die Uretermündung beschränkte entzündliche Processe der Blasenschleimhaut. Die linke Niere durften wir nach dem cystoskopischen Befund mit denkbar grösster Wahrscheinlichkeit für normal halten. Wir haben daher aus diesem Befund und im Hinblick auf den sonstigen Zustand des Kranken die Diagnose einer rechtsseitigen primären Nierentuberculose stellen können, obwohl weder Herr Kollmann, noch ich, trotz zahlreicher Untersuchungen Tuberkelbacillen im Urin finden konnte, obwohl der Kranke niemals Schmerzen in der Nierengegend hatte, obwohl weder eine Vergrösserung, noch eine Druckschmerzhaftigkeit der rechten Niere vorhanden war, und auch keinerlei Erkrankungen anderer Organe auf die Natur des Leidens hinwiesen.

Digitized by Google

Die am 12. November ausgeführte Nephrektomie bestätigte die Diagnose. Vom Ureter wurden ca. 6 cm mitentfernt.

Klinisch also befindet sich der Fall noch in einem frühen Stadium, anatomisch zeigt die Niere bereits hochgradige Zerstörungen. In ihrem oberen Pol befindet sich eine grosse Caverne, die Nierenkelche sind ausgeweitet und mit tuberculösen Granulationen ausgekleidet, die Papillen zerstört. In Mark- und Rindensubstanz sind einzelne grössere käsige Herde und Gruppen miliarer Tuberkel zu sehen. Die Schleimhaut des Ureters ist, soweit erkennbar, normal. Der Kranke hat bereits wieder das Bett verlassen, die Wunde ist ohne Störung geheilt; er entleert seit der Operation reichliche Mengen eiter- und eiweissfreien Urin. Die nähere Prognose ist also eine sehr günstige und hätte wohl nur verschlechtert werden können, wenn ich dem Kranken im Hinblick auf den Befund einer Tuberkeleruption an der Uretermündung den ganzen rechten Ureter und ein Stück der Blase exstirpirt hätte. Die chirurgische Tuberculose operativ wie einen malignen Tumor zu behandeln, ist überhaupt nur bei einigen wenigen Localisationen der Krankheit zulässig, für die Tuberculose des Urogenitalsystems treffen die hiezu nöthigen Voraussetzungen in der Regel nicht zu.

Herr P. L. Friedrich: M. H.! Erlauben Sie mir die gedrängte Mittheilung zweier casuistischer Beobachtungen zur chirurgischen Pathologie des Ureters.

Bei dem ersten Kranken handelte es sich um einen wohlentwickelten jungen Mann, Anfang der 30er Jahre, welcher von gesunden Eltern stammte. Er hatte vor 6 Jahren eine Gonorrhoe acquirirt, angeblich ohne folgende Cystitis oder anderweitige Complicationen. Seit 3 Jahren litt er an Schmerzanfällen, welche in frappanter Weise das Bild der Nierensteinkolik boten. Die Schmerzattaquen setzten plötzlich ein, mit starkem Frostgefühl, localisirten sich in die linke Bauchlendengegend, waren von solcher Heftigkeit, dass es dem Kranken war «als ob das ganze Becken auseinandergesprengt werden solle», strahlten zuweilen nach der Blase zu aus, auch bis hinein in den Hodensack und setzten sich schneidend, zuckend bis in's linke Bein fort. Die Anfälle nahmen letzter Zeit an Häufigkeit und Intensität zu, dermaassen, dass Pat. zuweilen durch sie der Ohnmacht nahe kam, Brechneigung sich einstellte. Die längste Dauer eines Schmerzanfalles betrug 18 Stunden, sonst war die Dauer der Anfälle meist kürzer. Der Urin blieb während der Anfälle bis zur Dauer von 8 Stunden gelegentlich ganz aus; nach einem hartnäckigen Anfall wurden angeblich 1—1½ Liter Urin auf einmal entleert. Der Urin war danach zuweilen leicht getrübt, sonst klar, enthielt nie steinverdächtige Concremente, nie Blut; nie bestanden Schmerzen beim Wasserlassen. Die Untersuchung des blassen, mittelgut genährten Kranken ergab keinerlei gonorrhoische Veränderungen von Hoden, Nebenhoden oder Samenstrang, er zeigte links eine pflaumengrosse bewegliche Inguinaldrüse neben mehreren kleinkirschengrossen Drüsen, einen kleinen aber deutlichen Iliacaldrüsentumor, welcher nicht druckschmerzempfindlich war. Die linke Nierengegend war sowohl bei bimanueller Palpation,

Digitized by Google

als blosser Betastung von vorn druckempfindlich; auch abwärts von der Niere nach der Blase zu liess sich zuweilen Druckempfindlichkeit constatiren, eine Lageveränderung oder Vergrösserung der Niere liess sich mit Sicherheit nicht feststellen. Die Untersuchung des hellen, klaren, stark sauren Urins liess Eiweiss vermissen, zeigte Tripperfäden und sehr reichliche Oxalate, nichts von Zellelementen des Nierenbeckens. Es bestanden keine Stricturen der Urethra. Für die Diagnose Steinniere fehlte sonach jeder Anhalt von Concrementen, fehlten Blutungen. Für Echinococcus fehlte ebenso jeder Nachweis. Es blieb offen die Differentialdiagnose zwischen Hydronephrosis intermittens aus unbekannter Ursache (vielleicht Ureterverengerung, vielleicht Lageveränderung der Niere) und Nierenneuralgie, obschon der Symptomencomplex, namentlich mit Rücksicht auf die Urinausscheidung für die erstere Annahme mehr sprach. Durch ½ Jahr hindurch konnte ich mich mangels ausreichend palpabler oder mikroskopischer Anhaltspunkte zu einem operativen Eingriff nicht entschliessen; interne Curen blieben jedoch ohne jeglichen Einfluss. Nach Wiederholung schwerster Schmerzanfälle wurde die linke Niere freigelegt. Die Niere war verhältnissmässig schwer vom Lumbalschnitt aus zu entwickeln. Sie war sehr voluminös, zeigte sich in geringem Grade beweglich, mehr im Sinne einer Drehung um die Frontalachse. Das Nierenbecken war derb, Steinresistenzen konnten nicht durchgefühlt werden. Ich führte den Sectionsschnitt in der Frontalebene durch das ganze Nierenparenchym bis in's Nierenbecken: kein merklicher Schwund von Nierensubstanz, nicht die Spur von Concrementen. Nierenbecken relativ weit. Uretermündung weit ohne Besonderheiten des Ansatzes. Ich entschloss mich daher, dem verhältnissmässig weiten Ureter nachzugehen, legte ihn bis zur Linea innominata frei und fand an der Grenze von mittlerem und unterem Drittel dieses Weges eine nach aussen gerichtete divertikelartige Erweiterung des Ureters; im Bereiche derselben lag auch eine Aenderung der Achsenrichtung des Ureters vor, indem derselbe hier in abnormer Weise an seinem mediangerichteten Umfange gegen die Mediane des Körpers zu verschoben war. Es war verständlich, dass eine gelegentliche stärkere Füllung dieses nach aussen gerichteten Divertikels zu einem klappenartigen Verschluss durch Anpressen der äusseren Ureterwand unterhalb des Divertikels gegen die innere Wand führen konnte. Die Ureterlichte war unterhalb der Ampulle normal. Ich löste den Ureter aus der Fixation gegen die Mediane zu, verlagerte ihn etwas nach aussen zu und fixirte ihn durch Nähte, das Divertikel mässig nach innen einstülpend; zu einer Resection des Ureters konnte ich mich mangels nachweisbarer Stricturirung unterhalb des Divertikels nicht entschliessen; danach fixirte ich die durch fünf tief durch's Parenchym greifende kräftige Seidennähte wieder geschlossene Niere mit ihrem oberen und äusseren Umfang etwas mehr nach aussen und oben und schloss das Wundgebiet. Die Heilung erfolgte per primam. Die höchste Temperatur in der Zeit der Nachbehandlung betrug 38,2° C.; Blut wurde im Urin nachgewiesen am 1.—3. und nochmal am 12. Tage nach der Operation. Es ist bis jetzt nahezu ein Jahr seit der Operation

Digitized by Google

verstrichen und der Kranke ist seitdem von seinen Anfällen vollständig verschont geblieben. Als er sich mir im October dieses Jahres zum letzten Male vorstellte, hatte er 18 Pfund an Gewicht zugenommen und war von frischem, gesundem Aussehen. Der Urin war ohne Besonderheiten des Befundes, abgesehen von dem noch nachweisbaren Reichthum an Oxalaten. Ich wage keinen Erklärungsversuch für die Ursache dieser Ureteraffection, seiner abnormen Fixation, der Ampullenbildung; am naheliegendsten bleibt die Vermuthung einer einseitigen entzündlichen Wandaffection im Anschluss an traumatischen Insult (Concrement) oder infectiösen (Gonorrhoe); doch dürfte hierfür selbst die mikroskopische Untersuchung eines gewonnenen Resectionspräparates unzweideutigen Aufschluss nicht gewähren. Ebenso muss unentschieden bleiben, inwieweit congenitale Anlage oder Muskelaffection des Harnleiterschlauches für die Pathogenese des vorliegenden Falles in Betracht kommen könnten. Praktisch bedeutsam erscheint, dass das schonende Verfahren sowohl in der Behandlung des Ureters als dasjenige einer sicheren Fixation der mehr weniger mobilen Niere von absolutem Heilerfolg begleitet gewesen ist.

Der zweite, 43jährige Kranke litt seit 6 Jahren an Beschwerden, die von einer ärztlichen Seite als Wanderniere, einer zweiten als Steinniere gedeutet waren. Er versuchte vielerlei Behandlungsmethoden; keine schaffte Linderung. Die Schmerzen setzten ganz plötzlich, beispielsweise während einer Mahlzeit ein; der Kranke musste sich zusammenkauern, der Schmerz versetzte ihm den Athem, nicht selten trat ihm kalter Schweiss auf die Stirn und bekam er gastralgische Empfindungen mit Brechreiz. Die Schmerzen waren dumpfdrückende oder auseinandertreibende, bohrende, strahlten aus nach der Blasengegend zu; nie Sensationen im Hoden oder Bein. Erst nach längerem Liegen traten Remissionen des Schmerzes ein. Patient wurde verschwenderisch im Morphiumverbrauch. Vor 2 Jahren acquirirte der Kranke eine Gonorrhoe mit folgendem, angeblich leichtem Blasenkatarrh. Unbestimmt wann, jedenfalls seit einiger Zeit nach dieser Erkrankung, zeigten die Schmerzanfälle eine wesentliche Zunahme nach Umfang und Dauer. Der Urin wurde bei den Anfällen viel trüber als sonst und in neuerer Zeit, wo der Urin für gewöhnlich klar sein sollte, wurden nur in der Zeit der Anfälle starke bis milchige Trübungen des Urins bemerkt. Nie ging Blut ab, nie Sand oder grössere Concremente. Als der Kranke mich zum ersten Male consultirte, war die Untersuchung zu Folge der neurasthenischen Symptome des Kranken sehr erschwert. Eine Beweglichkeit der rechten Niere konnte ebenso wenig als eine Vergrösserung desselben festgestellt werden; jegliche Untersuchung löste in dieser Region Schmerzensäusserungen aus. Die Schmerzen wurden gleichwohl nicht streng auf die Nierengegend localisirt; auch nach der Mittellinie des Bauches zu schienen solche durch Druck hervorgerufen werden zu können. Es bestand keine Temperatursteigerung; der Urin war eine Spur getrübt; das abgestandene Sediment bestand im Wesentlichen aus Leukocyten und zeigte reichlichen Gehalt an für Gonococcen im Mikroskop anzusprechenden Bacterienelementen, sowie plumpe

Digitized by Google

Stäbchen. Eine cystoskopische Untersuchung war bei der hochgradigen Nervosität des Kranken nicht ausführbar. Die Diagnose war sonach durch das neurasthenische Gesammtbild des Kranken, die Unsicherheit früherer Affectionen, die Annahme gonorrhoischer chronischer Cystitis, den Mangel von Steinconcrementen und Blutungen erschwert. Der Kranke ging mir aus höchst gewissenhafter interner Beobachtung und Behandlung zu. Da schaffte der Eintritt einer erneuten Schmerzattaque eine wesentliche Klärung. Während derselben war der Kranke unter Schmerzensäusserungen, ohne Temperaturanstieg, ziemlich apathisch. Die Palpation der r. Nierengegend, wenn auch schwer durchführbar, liess doch eine wesentliche Vermehrung der Resistenz gegen sonst feststellen; der Schmerz war scharf auf die rechte Nierengegend und den Ureterverlauf beschränkt, strahlte nur zuweilen gegen die Blase aus. Schon nach 16 Stunden zeigte der Urin reichliche Eiterbeimischung, die sich innerhalb der nächsten 8 Stunden noch beträchtlich steigerte, in weiteren 24 Stunden ihr Maximum erreichte: Pyonephrosis dextra mit intermittirendem Ureterverschluss. Die Schwere des Leidens des Kranken drängte nunmehr zum operativen Vorgehen. Durch Lumbalschnitt (Schnittführung vom Winkel des M. sacrolumbalis mit 12. Rippe zur Crista oss. ilei, Axillarlinie) ward die Niere freigelegt. Sie zeigte eine Lageveränderung insofern als der obere Pol stark nach aussen, der untere nach innen, die Niere also fast horizontal gelagert und in dieser Lage fixirt war; der Ureter ging im rechten Winkel zur Achse des Nierenbeckens ab; die Niere war matschig anzufühlen, an der Oberfläche höckerig uneben, allenthalben eindrückbar. Es gelang, sie uneröffnet zu exstirpiren. Ich gebe Ihnen hier das interessante Präparat dieser nur noch aus einem pyonephrotischen Sack bestehenden Niere mit ganz dünner Parenchymwand von Nierensubstanz herum; sie zeigt mehrfach bis haselnussgrosse Cysten, ein stark erweitertes, lederartig derbes Nierenbecken mit schwerem eitrigen Katarrh seiner Schleimhaut. Der Ureter geht, wie das dieses frisch gewonnene ungekünstelte Präparat schön zeigt, im rechten Winkel gegen die Achse des Nierenbeckens gestellt, ab. Der eitrige Inhalt ergab den gleichen Befund wie der Eiter des Urins während der Anfälle. Man wird sonach kaum fehlgehen, wenn man die Entwicklung des Leidens so deutet, dass zunächst die Lageanomalie der Niere durch Knickung des Ureters zu intermittirender Hydronephrose führte, dass diese während eines acuten Anfalles der gonorrhoischen Infection anheimfiel und schliesslich der einzige, zum Mindesten Hauptherd der gonorrhoischen Erkrankung blieb. Denn es muss ganz besonders hervorgehoben werden, dass seit der Exstirpation dieser erkrankten Niere, einschliesslich eines Stückes des Ureters, der Urin des normal geheilten und jetzt von allen Beschwerden freien Kranken (höchste während der Nachbehandlung beobachtete Abendtemperatur 37,5° C.) frei von Trübung geblieben ist; dass sonach die leichte Trübung des Urins ausserhalb der Kolikanfälle, der rechten Niere und nicht mehr der Blase entstammte.

Digitized by Google

Herr Trendelenburg erwähnt einen Fall, wo er einer Kranken mit Blasentuberculose wegen hochgradiger Beschwerden zunächst die Blase, und als sich zeigte, dass eine Niere nebst dem Ureter ebenfalls erkrankt war, auch diese ganz entfernte. An dem zweiten Ureter liess er ein Stück Blasenschleimhaut hängen und steckte ihn durch ein Loch in die Flexura sigmoidea. Dadurch wurde ein ventilartiger Schluss gegen das Eindringen von Darminhalt bewirkt. Die Kranke lebte in leidlichem Zustande noch 1½ Jahr und starb dann an einer schon zur Zeit der Operation bestehenden Bauchfelltuberculose. Im Anschluss an den letzten von Herrn Friedrich mitgetheilten Fall bemerkt Herr T., dass auch er einmal gesehen hat, dass eine Hydronephrose in Folge einer Tripperinfection zu einer Pyonephrose wurde.

Herr Zweifel glaubt, dass man hinsichtlich des Verfahrens einer directen Besichtigung der Blase Pawlik die Priorität vor Kelly zugestehen müsse. Pawlik habe seine Methode der Cystoskopie und Ureterenkatheterisation bei Frauen bereits 1881 bekannt gegeben. Ein grosser Nachtheil dieser Methode sei die Nothwendigkeit der Narkose zum Zweck der Dilatation der Harnröhre. Von der von Herrn Saenger erwähnten Regel, dass Nephrektomien wegen Ureterfisteln nicht mehr gemacht werden dürfen, gebe es auch Ausnahmen. Er habe es in einem Fall, wo wegen ausgedehnter Verwachsungen und Narben in der Umgebung des Ureters seine Einpflanzung in die Blase sehr schwierig gewesen wäre, doch vorgezogen, die ungefährlichere Nephrektomie auszuführen.

Herr Sänger: Da die Einpflanzung der Ureteren in den Darm erwähnt worden sei, wolle er bemerken, dass die Resultate dieses Verfahrens bisher nicht gut seien. Am Besten habe sich noch die Implantation in den Mastdarm bewährt. Ob durch die Verwendung des Boari'schen Anastomosenknopfs die Erfolge besser werden würden, sei sehr zweifelhaft, da eine Sicherheit gegen aufsteigende Infection auch dadurch nicht gegeben sei. Ebensowenig lasse sich heute schon ein Urtheil über die gekreuzte Ureterenanastomose abgeben. Herrn Zweifel erwidert Herr Sänger, dass er Pawlik's Verdienst um die directe Cystoskopie beim Weibe durchaus anerkenne. Das Wesentliche dieser Methode sei die Anfüllung der Blase mit Luft; wem die Priorität gebührt, dies zuerst gemacht zu haben, ob Pawlik oder Kelly, das wisse er selber nicht. Jedenfalls aber sei es Kelly gewesen, der die Methode zu ihrer jetzigen Leistungsfähigkeit ausgebildet habe. Herr Sänger hält eine Narkose zur Ausführung der directen Cystoskopie in der Regel für überflüssig, er sei meist durch Cocainisirung (mit 20 proc. Lösungen) zum Ziel gekommen. Der Nephrectomie zur Heilung von Ureterfisteln will er nicht jede Berechtigung absprechen, glaubt aber, dass selbst sehr verkürzte Ureteren sich zur Implantation in die Blase eignen, wenn man dieselbe weit, eventuell auch von der Symphyse, ablöst und dem Ureter entgegenführt.

Digitized by Google

II. Herr **Trendelenburg** zeigt 2 Personen, die er wegen **Blutung aus der Meningea media** operirt hat.

Der eine war, nachdem er einen Schlag gegen die rechte Kopfseite erhalten hatte, im Lauf der nächsten 24 Stunden bewusstlos geworden, der zweite war bewusstlos auf der Strasse aufgefunden worden.

Bei Beiden bestanden schwere Hirndrucksymptome, bei dem einen Lähmung der linksseitigen Extremitäten, bei dem anderen Parese derselben und des linken Facialis. Der Schädel wurde durch Aufklappen eines Wagner'schen Lappens mit Basis an der Schläfe eröffnet; Herr T. zieht dies Verfahren, durch das beide Aeste der Meningea media freigelegt werden, der doppelten Schädeleröffnung mit der Trepankrone nach Krönlein vor. In beiden Fällen fand sich ein 2—3 cm dickes epidurales Blutcoagulum im Schädel. Die Blutung stammte aus dem vorderen Ast der Meningea media. Feine Knochenfissuren hatten die Verletzung der Arterie bewirkt, und zwar fanden sich Längsrisse in derselben, wodurch die Andauer und Gefährlichkeit derartiger Blutungen sich erklärt. Der erste Kranke kam bereits 2 Stunden nach der Operation zu sich, im zweiten Falle functionirte das Hirn erst nach 14 Tagen wieder normal. Beide sind geheilt.

III. Herr **Riehl** demonstrirt zwei Fälle:

1. einen geheilten Fall von **Lupus tumidus** der Nase und Lippe mit ganz glatter blasser Narbe, die auf einige Schritte Distanz kaum merkbar ist. R. knüpft daran die Bemerkung, dass er der Meinung vieler jüngerer Aerzte entgegentreten müsse, die als einzige Behandlungsmethode des Lupus die Excision und Transplantation betrachten. Die demonstrirte Patientin war mit Auskratzung und folgender Pyrogallolätzung behandelt worden. R. hebt hervor, dass die electiven Aetzmethoden für manche Localisationen im Gesichte bessere und schönere Endresultate liefern als die Excision;

2. einen Fall von sogen. **Cutis laxa** bei einem 26jährigen Manne. R. bespricht die Symptome und erörtert die darüber aufgestellten Ansichten der Autoren. Auf Grund seiner histologischen Untersuchung stellt R. in Abrede, dass abnorme Structurverhältnisse den Zustand bedingen und glaubt diese physikalische Eigenthümlichkeit als in der Veranlagung der Haut begründet ansehen zu müssen, dafür spreche die Erblichkeit und der Vergleich mit der Haut vieler Thiere (Hunde, Katzen etc.). R. stellt die Cutis laxa in Paralelle mit der abnormen Beweglichkeit der Gelenke bei den sogen. Schlangenmenschen und bemerkt, dass der Name Cutis laxa viel weniger zutreffe als die Bezeichnung Kautschukhaut, weil darin des wesentlichsten Momentes der Elasticität gedacht werde.

IV. Herr **Perthes** spricht über **Exstirpation maligner Nierengeschwülste.**

Vortragender demonstrirt zwei von ihm operirte Fälle von malignen Nierentumoren.

1. Einen Fall von Spindelzellensarkom der linken Niere bei einem 43jährigen Mann, das vor $^3/_4$ Jahren die ersten Erscheinungen

Digitized by Google

veranlasst hatte. Unter den Symptomen standen neben Blutungen zuletzt rasch einsetzende Erscheinungen von Darmocclusion im Vordergrund. Diese ileusähnlichen Symptome waren offenbar bedingt durch eine plötzliche Vergrösserung der Geschwulst in Folge einer in die Kapsel erfolgten Blutung. Das Kolon war dadurch gegen den abnorm weit herabreichenden Rippenbogen comprimirt worden;

2. Einen Fall von embryonalem Drüsensarkom bei einem $3^1/_2$jähr. Knaben. Der Tumor war erst vor 2 Monaten bemerkt worden und dann sehr rasch gewachsen. Störungen der Urinsecretion bestanden nicht. Der Tumor reichte, von der rechten Niere ausgehend, weit über die Medianlinie herüber und hatte die Entstehung von Ascites und Oedemen an den unteren Extremitäten veranlasst. Die Grösse des exstirpirten Tumors — er wog 5 Pfund, der Knabe selbst gleich nach der Operation 27 Pfund — macht diese Stauungserscheinungen verständlich.

In beiden Fällen war die Exstirpation mit der von Trendelenburg auch bei Nierentumoren in Anwendung gezogenen schrägen Schnittführung auf der vorderen Fläche des Abdomen ausgeführt. (Der Schnitt verläuft etwa vom knorpeligen Theil der 9. Rippe nach der Mitte des Poupart'schen Bandes.) Die mit dieser Operationsmethode verbundene Eröffnung der Peritonealhöhle hält Vortragender für unbedenklich. Nach Ablösung und Verschiebung des Kolon medianwärts, Ausschälung und Abtragung der Geschwulst wurde die Peritonealhöhle wieder durch Catgutnähte von dem retroperitonealen Geschwulstbette abgeschlossen und letzteres an den abhängigsten Stellen drainirt.

Eingehend auf die mikroskopischen Befunde der demonstrirten Tumoren bespricht Vortragender die Frage, worauf die verschiedene Häufigkeit maligner Nierentumoren in verschiedenen Lebensaltern, das relativ häufige Vorkommen im Kindesalter einerseits, im Alter über 30—40 Jahren andererseits, das Freibleiben des 2. und 3. Lebensjahrzehntes von bösartigen Nierengeschwülsten beruhe. Die Anschauung, dass die Geschwülste der Kinder und der Erwachsenen gleichartiger Natur (Carcinome und Sarkome) seien, ist unrichtig. Vielmehr finden sich in den verschiedenen Altersclassen auch verschiedene Geschwulstgruppen. Bei den Erwachsenen kommen neben eigentlichen Sarkomen und den vom Nierenparenchym ausgehenden Epithelialcarcinomen besonders die von versprengten Nebennierenkeimen ausgehenden Hypernephrosen vor, welche in ihrem Bau der Nebenniere ähneln. Dagegen werden die Nierengeschwülste des kindlichen Alters hauptsächlich, vielleicht sogar ausschliesslich durch die embryonalen Drüsensarkome (Birch-Hirschfeld) repräsentirt. Es sind diese Geschwülste gebildet

Digitized by Google

aus drüsenartigen Bildungen und sarkomähnlichen Zellanhäufungen in einem in Maschen angeordneten, oft myxoematösen Bindegewebe. Das Nierenparenchym betheiligt sich nicht an ihrer Bildung. Vielmehr verrathen sie durch den gelegentlichen Gehalt an quergestreiften Muskeln und Knorpel deutlich ihre Entstehung aus embryonalen Keimen, welche in die Niere verlagert sind. Die Hypernephrosen einerseits, die embryonalen Drüsensarkome andererseits sind auch durch klinische Differenzen — sehr langsames Wachsthum, starke Blutungen, multiple Metastasen am Schlusse der Geschwulstentwicklung bei den ersteren, sehr raschen Wachsthum, keine Blutungen, keine besondere Neigung zur Metastasenbildung bei den letzteren — unterschieden. Da somit die nebennierenähnlichen Geschwülste und die embryonalen Drüsensarkome Geschwülste von ganz verschiedenem Charakter sind, so ist auch die Thatsache, dass sie ganz verschiedene Lebensalter befallen, dem Verständnisse näher gerückt.

Digitized by Google

Herr A. Tecklenburg: Beitrag zur Casuistik des Querulantenwahnsinns. (Vorgetragen am 1. November 1898.[1])

M. H. Bei den in Literatur und Presse immer wieder auftauchenden und in sensationeller Weise aufgebauschten Berichten über die irrthümliche Internirung Geistesgesunder in Irrenanstalten, bei den in Folge dessen immer wieder gegen die Irrenärzte erhobenen Beschuldigungen und der Agitation für eine Aenderung unserer Irrengesetzgebung darf ich hoffen, Ihr Interesse zu erwecken für einen jener Fälle, aus denen die Hauptglanz- und Zugnummern unserer Gegner bei ihrer Agitation gegen die Irrenärzte stammen, besonders da gerade auch die praktischen Aerzte unter uns bei der derartigen Kranken eigenen Manier, von einem Arzt zum anderen zu laufen, ziemlich oft Gelegenheit haben, solche Fälle zu sehen und zu begutachten. Die Broschüren über ihre Erlebnisse, die diese Kranken gewöhnlich in die Welt setzen, finden an unserem heutigen Publicum, das besonders auf dem Gebiete des Irrenwesens seinen Ueberfluss an «gesundem Menschenverstand» glaubt darthun zu müssen, die dankbarsten Leser. Erst kürzlich konnten Sie in allen hiesigen Buchläden wieder die neueste dieser «Enthüllungen» ausliegen sehen, seit ca. 8 Tagen jedoch ist sie verschwunden, da sie von der Staatsanwaltschaft beschlagnahmt wurde; ein Verfahren das leider zu selten gehandhabt wird. Ich habe mir erlaubt, Ihnen ein Exemplar davon mitzubringen.[2])

M. H., ich will mir also gestatten, Ihnen einen Fall von Querulantenwahnsinn vorzuführen, einer besonderen Erscheinungsform jener unheilbaren Geisteskrankheit, die man als chronische

[1]) Discussion s. S. 20.

[2]) 24 Tage gesund im Irrenhause. Sensationelle Enthüllungen von Frau Major Stürtz. Berlin 1898. Selbstverlag der Verf.

Digitized by Google

Paranoia bezeichnet. Ich hoffe, dass der Fall Ihnen einiges Interesse bereiten wird, da die Literatur über diese Krankheitszustände noch nicht sehr reichhaltig ist und besonders, da es sich in meinem Falle einmal um einen gebildeten, den besseren Gesellschaftsclassen angehörigen Menschen handelt, man also berechtigt ist, ein interessanteres und vielseitigeres Symptomenbild zu erwarten.

In meine Sprechstunde, die ich als Arzt der Irrenanstalt in J. abhielt, kam eines Tages ein Mann, der mich bat, ihn zu untersuchen und ihm ein Zeugniss auszustellen, dass er geistig gesund sei. Ich wies ihn natürlich ab.

Ein viertel Jahr später wurde derselbe Mann der Anstalt vom Amtsgerichte in J. aus der Untersuchungshaft zur Vorbereitung eines Gutachtens über seinen Geisteszustand überwiesen und auf meiner Abtheilung untergebracht. Der Einblick in die mir nun zur Verfügung gestellten Acten bestätigte meine Vermuthung, dass ich es mit einem verrückten Querulanten zu thun habe. Ich möchte hier nur bemerken, der Kranke H. ist 50 Jahre alt, hat Baufach studirt und ist jetzt Privatbaumeister; ausführlichere Angaben über sein Leben folgen noch. Als Material für den Begutachter lagen vor die Acten dreier Beleidigungsprocesse, von denen ich den einen, wegen Beleidigung der österreichischen Justizbehörden angestrengt, hier schildern will, ein anderer folgt in dem später zu erwähnenden Gutachten.

Die Vorgeschichte dieses Processes, die in Oesterreich spielt, entzieht sich unserer Kenntniss. Aus den Acten geht Folgendes hervor. H., der sich viele Jahre in Oesterreich aufgehalten hatte, wurde 1884 vom österr. Kreisgericht in E. wegen Betrugs und schwerer Körperverletzung steckbrieflich verfolgt und in Haft genommen. Nach 35tägiger Haft wurde er gegen Hinterlegung einer Caution von 1000 fl. auf freien Fuss gesetzt. Die Herausgabe der Caution war später mit Schwierigkeiten verknüpft, weil dieselbe zu dem Vermögen der inzwischen verstorbenen Ehefrau des Beschuldigten zu gehören schien. In dieser Angelegenheit hat H. dann von Deutschland aus eine ganze Reihe von sehr charakteristischen Schriftstücken verfasst, aus denen ich hier einige Stellen citire.

Am 7. October 1893 schreibt er an das Justizministerium in Wien: «Ich fordere hiermit wiederholt die Herausgabe der .... von mir in Folge rechtswidriger Verhaftung erpressten Baarcaution von 1000 fl. nebst Zinsen seit 24. September 1888, Genugthuung und Schadenersatz, sowie endlich einen Bescheid, wie ihn jede von Ehrgefühl durchdrungene Aufsichtsbehörde zu geben verpflichtet ist.» — Am 20. März 1894 schreibt er an dieselbe Behörde: «Ich kann in dieser Erklärung lediglich einen Act geistiger Störung bei dem in Betracht kommenden Justizbeamten erblicken». — «Die Klagen der Reichsdeutschen über gesetzwidrige, heimtückische Behandlung seitens der österreichischen Justiz- und Verwaltungsbeamten sind zahlreich». Zum Schluss verbittet er sich noch die «Frechheit»

Digitized by Google

der Behörden, seinen Namen falsch zu schreiben. — Auch ein Gesuch an den Kaiser von Oesterreich ist natürlich darunter, darin droht er schon am 15. September 1894: «Es bleibt mir jetzt nur der Weg der Selbsthilfe offen.» Er will die Thatsachen zur Kenntniss des Kaisers bringen, bevor er sich selbst «Genugthuung und Schadenersatz» verschafft. Er sei vom Kreisgericht in E. in «boshafter und ehrverletzender Form steckbrieflich verfolgt», in Oesterreich 33 Monate im Ganzen widerrechtlich der Freiheit beraubt worden.

Um Ihnen zu zeigen, welche praktischen Consequenzen die Schreiben derartiger Kranker nach sich ziehen können, möchte ich hier einschieben, dass, als im Herbst desselben Jahres der Kaiser von Oesterreich den Stettiner Kaisermanövern beiwohnte, der Gendarmerieposten aus dem Wohnorte H.'s in die nächste Umgebung des Herrschers commandirt wurde.

In einer weiteren Eingabe an das österreichische Justizministerium vom 25. October 1894 spricht er von den «Albernheiten der Gerichte in Böhmen» und droht dann: «am 25. November wird der Reichstag in Berlin eröffnet, ich bringe meine Erlebnisse im Lande der «Verbündeten» im Petitionswege als österreich-ungarische Justizschurkenstreiche zur Kenntniss des Reichstags und damit der Oeffentlichkeit, wenn ich nicht klaglos gehalten werde.»

Wegen dieser Schreiben, besonders wegen des letzteren, wurde im Januar 1895 von dem österreichischen Justizminister durch Vermittlung der deutschen Botschaft und des auswärtigen Amtes gegen H. Strafantrag wegen Beleidigung gestellt und die Sache dem Landgerichte in H. überwiesen. Zunächst bestreitet H. die Zuständigkeit dieses Gerichtes und äussert in einem Schreiben an die Staatsanwaltschaft, seine Frau sei von den österreichischen Behörden «in den Tod gehetzt» worden, wirft den dortigen Behörden «Albernheit und Verbrechen im Amt» vor und schliesst: «In Oesterreich-Ungarn helfen bei den Behörden nur Trinkgelder und moralische Fusstritte.»

Das Gericht beschliesst ärztliche Begutachtung seines Geisteszustandes. Der damit beauftragte Bezirksarzt an dem Wohnorte des H. citirt ihn auf das Gemeindeamt, wo derselbe zwar erscheint, aber Auskunft verweigert mit dem Bemerken, dass er nur an Gerichtsstelle reden werde. Als er daraufhin von dem Richter an Gerichtsstelle geladen wird, erhebt er gegen diesen Klage wegen Missbrauchs der Amtsgewalt und Nöthigung! Trotzdem erscheint er zu dem Termin, aber nur um zu erklären, dass er jede Auskunft verweigere! Ausserdem aber lehnt er eben diesen Richter ab aus Besorgniss der Befangenheit, die er damit begründet, dass er gegen ihn Anklage erhoben habe.

In dem bezüglichen Schreiben heisst es: «In der von der Staatsanwaltschaft H. gegen mich in völlig unzuständiger Weise construirten Strafsache wegen angeblicher Beleidigung der österreichischen Justizbehörden lehne ich den beauftragten Richter ab . . . . .» Das Landgericht Ha. beschliesst darauf seine Beobachtung in der Irrenanstalt J. behufs Vorbereitung eines Gutachtens über seinen Geisteszustand. Gegen diesen Beschluss,

Digitized by Google

«durch den er öffentlich beleidigt worden ist», erhebt er sofort Beschwerde, lehnt aber zugleich die für die Prüfung dieser Beschwerde zuständigen Richter des Landgerichts zu H. und des Oberlandesgerichts N. ab und stellt Strafantrag gegen die Richter, die jenen Beschluss gefasst haben, gegen den Staatsanwalt in H., der das Amtsgericht und den Bezirksarzt beauftragt hat, eine Untersuchung seines Geisteszustandes vorzunehmen, gegen den Amtsrichter, der «sich erdreistete, ihn unter Androhung der Zwangsvorführung zum Zwecke der ärztlichen Untersuchung vorzuladen», und gegen den Bezirksarzt. Natürlich hat er sich auch inzwischen ein ärztliches Zeugniss verschafft, in dem ihm bescheinigt wird, dass «von Seiten des Centralnervensystems vorhandene Störungen nicht festzustellen sind». Inzwischen sind auch dem Landgericht J., bei dem ein anderer, später zu erwähnender Beleidigungsprocess gegen ihn schwebt, Bedenken wegen seiner Zurechnungsfähigkeit gekommen, so dass ihn dieses im December aus der Untersuchungshaft nach der Irrenanstalt J. überführen liess. Auf Grund der gutachtlichen Aeusserungen der Anstaltsleitung, die H. für geisteskrank erklären, wurde das Verfahren an beiden Gerichten eingestellt und von dem Staatsanwalt der Entmündigungsantrag gestellt.

Ich wurde als Sachverständiger geladen und gab, da ein schriftliches Gutachten nicht verlangt wurde, folgendes kurze mündliche Gutachten zu Protokoll:

«H. war vom 21. December 1895 ab etwa 5 Wochen lang in der hiesigen Irrenheilanstalt untergebracht und ist während dieser Zeit von mir behandelt worden, er ist chronisch geisteskrank, leidet an chronischer einfacher Seelenstörung (Paranoia chronica), die sich hauptsächlich im Beeinträchtigungswahn äussert. Er glaubt in Folge von durch ihn aufgedeckten Justizmängel ein Opfer gerichtlicher Willkür zu sein. Das Unterscheidungsvermögen für Recht und Unrecht, soweit seine Person in Betracht kommt, ist ihm verloren gegangen, insofern er sehr empfindlich für ihm zugefügte vermeintliche Beleidigungen ist, das Beleidigende der eigenen Handlungsweise gegen Fremde dagegen absolut nicht empfindet.

Die Folge davon wird sein, dass H. sich unausgesetzt in seinen Rechten beeinträchtigt fühlt und daher in stete Conflicte mit Gerichten und Behörden gerathen wird.

Der Zustand ist unheilbar und lässt vormundschaftliche Fürsorge für H. als geboten erscheinen.»

Daraufhin wurde von dem zuständigen Amtsgericht die Entmündigung H.'s ausgesprochen.

Nachdem sich H. mit einer Anzahl von Zeugnissen von deutschen und ungarischen Aerzten ausgerüstet hat, die ihm seine geistige Gesundheit bescheinigen, macht er sich an die Anfechtung des Entmündigungsbeschlusses, weil er, wie die Zeugnisse bewiesen, überhaupt nicht geisteskrank sei. — Ich habe keine Veranlassung, auf diese ärztlichen Gutachten einzugehen, um so weniger, als denselben seitens des Gerichtshofes gegenüber meinem, sogleich zu citirenden, vor dem Oberlandesgerichte zu D. abgegebenen Gutachten keine maassgebende Bedeutung beigemessen wurde; nur eines fordert eine Erwähnung und Erwiderung, da ich

Digitized by Google

in demselben direct angegriffen werde. Herr Dr. Oberdörffer in Godesberg bei Bonn hat H. folgendes Attest ausgestellt: «Herr H . . . war in letzter Zeit mehrere Mal in meiner Sprechstunde und bat mich um ein Gutachten über seinen geistigen Gesundheitszustand. Er sei auf ein Gutachten des Herrn Dr. T . . . für geisteskrank erklärt und entmündigt worden. In diesem mir vorliegenden Gutachten ist die Diagnose Paran. chron. simpl. ausgesprochen; sie ist damit begründet, dass H. mehrere Conflicte mit den Gerichten gehabt habe, die auf einen Beeinträchtigungswahn schliessen lassen. Die Paran. chron. simpl. ist eine unheilbare chronisch verlaufende Form von Geisteskrankheit, die mit Misstrauen gegen harmlose Handlungen seitens Anderer und daran schliessenden Verfolgungsideen beginnt. Alles beziehen die Kranken auf ihre eigene Person und fühlen sich überall benachtheiligt und beleidigt. Es fragt sich nun, ob das bei H. zutrifft. Nach mehreren eingehenden Unterhaltungen habe ich nicht die Ueberzeugung gewinnen können, als wenn seine Handlungsweise unbegründeten Verfolgungsideen entsprungen wäre, sondern seine klare und glaubwürdige Schilderung der Verhältnisse liessen zwar einen störrischen, nicht nachgebenden Charakter durchblicken, aber diese Charaktereigenthümlichkeiten für krankhaft aufzufassen und namentlich als eine unheilbare Geisteskrankheit hinzustellen, ist nach meiner Ansicht zu weit gegangen.» Auf eine Kritisirung des Verfahrens der Herrn Dr. O., der nach «mehreren eingehenden Unterhaltungen» in seiner Sprechstunde und nach der «klaren und glaubwürdigen Schilderung der Verhältnisse» durch den Kranken und nur durch den Kranken, ohne einen Blick in die Acten gethan zu haben, sich für berechtigt hält, eine Geisteskrankheit auszuschliessen, brauche ich mich hier wohl nicht erst einzulassen, aber wir brauchen uns dann auch wirklich nicht über die Laien zu wundern, welche behaupten, dass der gesunde Menschenverstand genüge, um die geistige Intactheit eines Menschen festzustellen oder auszuschliessen.

Aus der Zeit nach seiner Entmündigung stammen eine Reihe interessanter Schreiben, die theils aus der Schweiz, theils aus Ungarn an ihre Adresse gelangten. Am 11. September 1896 bekommt der Gemeinderath seines früheren Wohnortes auf einer Postkarte folgende Schmeicheleien zu hören: «Den Gemeinderath in B. mache ich ergebenst darauf aufmerksam, dass die Gemeinde mir für jeden Schaden aufzukommen hat, den der als Gemeindevorstand bestellte ehemalige Schweineschlachthofsthürsteher J. mir zufügt. Ich habe zu B. meinen Wohnsitz nie gehabt etc. . . . Die diplomirten Justitzbuschklepper haben also in's Blaue geschossen. Selbstverständlich werde ich in B. nur dann Wohnsitz nehmen, wenn ein Bürger da Gemeindevorsteher ist, der nicht Zuträger bei der Staatsanwaltschaft ist.»

In einem Schreiben vom 18. October an das Präsidium des Oberlandesgerichts in N. verfalle ich seiner Kritik: «Der Amtsrichter R. hat am 12. März hinter meinem Rücken meine Entmündigung ausgesprochen auf Grund des albernen Gewäsches eines Medicinjünglings Dr. T., der — obgleich er vom Recht und

Digitized by Google

der Geschäftspraxis der Justiz- bezw. Verwaltungsbehörden just so viel versteht, wie der Bauer vom Hotelwesen — die Behauptung aufgestellt hat, ich sei unheilbar geisteskrank. Ich habe sofort, nachdem ich von dieser wirklichen Infamie Kenntniss erhielt, Klage eingereicht. Anstatt den Beschluss des Amtsgerichts G. einfach aufzuheben, wie dies jeder «Richter» thun würde, ist die Sache verschleppt worden . . . .» Am Schlusse heisst es: «. . . dass alle Aerzte sich übereinstimmend dahin ausgesprochen haben, dass ich psychisch und physisch gesund sei und nur Schurken oder Irrsinnige mich für geisteskrank erklären können:»

In einem Schreiben an das Landgericht in J. vom 16. November sind folgende Stellen charakteristisch: «(meinen Wohnsitz in B. habe ich) niemals aufgegeben, am allerwenigsten durch die von schurkischen Beamten, die alle entlassen sind, durch lügnerische Berichte erschlichene Ministerialverfügung betr. meine Ausweisung aus Ungarn . . . .», ferner: «gewarnt durch die Schrift Kretschmar's «Die Irrenfrage am Ausgange des Jahrhunderts» habe ich meinen Acker in B. veräussert . . , Nachdem die Aerzte H. und S. in Orsova, die mich seit 10 Jahren kennen, erklären, dass bei mir von Geisteskrankheit keine Rede sein könne, so sage ich: Dr. L. und sein Assistent Dr. T. kranken entweder an einer Wahnvorstellung, ich sei geisteskrank, und sind dann Beide verrückt, oder sie haben ein mit ihrer Ueberzeugung im Widerspruch stehendes, mich betreffendes Gutachten abgegeben und sind dann beide Schurken. H. NB. Das durch die Geschäftsreisenden in J. im Auslande in sehr üblen Ruf gebrachte Richterpersonal des Amts- und Landgerichtes J. und des Oberlandesgerichtes N. muss meiner Ansicht nach seine Nase noch erheblich tiefer in das jus versenken, bevor es die Uebersicht über das heimische und internationale Recht gewinnt, die ich mir in 40 Semestern erworben habe. D. U.»

Nicht besser kommt sein eigener Rechtsanwalt weg, dem er am 24. November 1896 schreibt: «Es fällt mir gar nicht ein, Ihnen einen zweiten Vorschuss von 50 M. zu zahlen! Ich bin ein Schüler Ihering's mit 40 Semestern!» (Gibt ihm dann eine Rechtsbelehrung und fährt fort): «Lassen Sie Ihre Hände von Processen, deren Erledigung Ihr Können übersteigt. Einen Wechsel oder Schuldschein, bei denen kein Beamter betheiligt ist, in der einen Hand und 100–200 M. Vorschuss in der andern Hand, dies sind die nothwendigen Behelfe für Sie . . . ,»

Am 4. Februar 1897 verlangt er vom Justizminister Beschleunigung des Verfahrens: «Ich liquidire der preussischen Staatscasse seit 23. März 1896 50 M. Schadenersatz täglich; bitte also Ihrer Pflicht gemäss, die verzögerte Rechtspflege zu corrigiren.»

Dazwischen durch gehen immer wieder Eingaben an das Oberlandesgericht und das Reichsgericht, die alle abgewiesen oder als unbegründet erklärt werden. Das Landgericht weist den Einwand der Unzuständigkeit des Amtsgerichtes R. ab, ebenso in erster Instanz den Antrag auf Aufhebung der Entmündigung. Das Oberlandesgericht schiesst sich dem ersten Punkte an, bezüglich der Entmündigung beschliesst es jedoch, die von H. angeführten

Digitized by Google

Aerzte, soweit sie Deutsche sind, von den Amtsgerichten ihrer Wohnorte abzuhören und ihnen die Zeugnisse von mir, von Dr. Oberdörffer und den Aerzten in Ungarn vorzulegen, ferner soll ich ersucht werden, mein Gutachten durch eine eingehende Wiedergabe derjenigen Beobachtungen und Wahrnehmungen zu ergänzen, auf Grund deren ich zu den in meinem oben citirten Gutachten niedergelegten Schlussfolgerungen gelangt bin.

Nach Kenntnissnahme von diesem Beschluss des Oberlandesgerichtes verzichtet er nun plötzlich auf die Vernehmung der von ihm aufgesellten Sachverständigen «weil — wie er selbst sagt — nach 10jährigem ununterbrochenem Queruliren meinerseits die ungarischen Behörden endlich nach Empfang der 27. bezw. 39. Beschwerde ... mir den Nachlass meiner Gattin ausgefolgt haben etc. ... so hat der mehr oder minder beschleunigte Fortgang meines oben citirten Processes für mich nur secundäres Interesse . . . .»

Ein Schreiben an das Oberlandesgericht in N. vom 5. November enthält folgende Drohung: «Ich bemerke, dass ich lediglich um Material zu einer Kritik der preussischen Justiz zu gewinnen, die Anfechtungsklage in Preussen angestrengt habe. Es gibt noch einen anderen Weg, den frechen gegen meine Menschenwürde geführten Bubenstreich gegenstandslos zu machen.»

In demselben Schreiben kommen noch folgende Stellen vor: «Diese Ausführung — (nämlich, dass der Brief an den Rechtsanwalt F. — der wegen seines beleidigenden Inhalts den Ausgangspunkt des einen Processes gebildet hatte — keine Beleidigung enthält) — war für Dr. T„ einen in jus gänzlich unerfahrenen Menschen, zu hoch; er verfiel der Wahnvorstellung, ich sei geisteskrank, er wurde verrückt.»

«Ich kenne meinen herrischen, abstossenden Charakter, das Product der socialen Familienentwicklung sehr gut. Unbekümmert um die Empfindlichkeit Anderer äussere ich meine Meinung wie Götz von Berlichingen und verfolge mein Recht mit derselben Ausdauer wie Michael Kohlhaas. Werde ich beleidigt, so bin ich, weil ich mit Plato der Meinung bin, dass alle menschliche Angelegenheit unerheblich und keiner Aufregung werth ist, über solche Beleidigungen erhaben.»

M. H., einen charakteristischeren Beleg für die bei aller äusseren Formgewandtheit doch inhaltlich so hohlen Phrasenmacherei dieser Kranken konnte ich Ihnen gar nicht geben. Auf den krassen Widerspruch, der in diesen Sätzen selbst liegt, und den Gegensatz zwischen H.'s sogen. Philosophie und seinem Verhalten brauche ich Sie nicht noch besonders hinzuweisen.

Ich muss es mir versagen, hier noch weiteres Material zur Charakteristik H.'s beizubringen, das nun folgende Gutachten wird jedoch wie, ich hoffe, die noch fehlenden Züge in dem Krankheitsbilde ergänzen. Ich erlaube mir, dasselbe wenigstens in seinen wesentlichsten Punkten hier folgen zu lassen.

Digitized by Google

Gutachten über den Geisteszustand des Baumeisters H.

Durch Beschluss des Königlichen Oberlandesgerichts zu D. vom 31. December 1897 bin ich aufgefordert worden, mein in der Entmündigungsache gegen den Baumeister H. vor dem Königl. Amtsgerichte in J. am 18. März 189. mündlich abgegebenes Gutachten, auf Grund dessen H. entmündigt wurde, durch eine eingehende Wiedergabe derjenigen Beobachtungen und Wahrnehmungen zu ergänzen, auf Grund deren ich zu den in meinem Gutachten niedergelegten Schlussfolgerungen gelangt bin.

In meinem erwähnten Gutachten habe ich behauptet, dass H. chronisch geisteskrank sei, eine chronische Paranoia habe, die sich hauptsächlich in einem Beeinträchtigungswahne und in einem Verlust des Unterscheidungsvermögens für Recht und Unrecht, also einer Urtheilsschwäche (Schwachsinn) äussert. Ich habe H. für unheilbar und darum eine vormundschaftliche Fürsorge für ihn als geboten erklärt. In dem kurzen mündlichen Gutachten habe ich von den Symptonen der chronischen Paranoia nur die beiden hervorstechendsten, den Beeinträchtigungswahn und den Schwachsinn hervorgehoben, obwohl ich mir damals bewusst war, dass dies nicht die einzigen Symptome waren, auf die sich meine Diagnose stützte. Ich werde mich also in dem folgenden Gutachten, in dem es darauf ankommt, nicht nur diese beiden Einzelsymptome, sondern die Allgemeindiagnose chronische Paranoia zu ergänzen und zu begründen, nicht darauf beschränken, den Nachweis für das Vorhandensein dieser beiden Symptome im Bilde der geistigen Erkrankung des H. zu führen, sondern allgemeiner alle Symptome nachweisen, die mich dazu veranlassten, die Diagnose auf chronische Paranoia zu stellen und damit H. für unheilbar geisteskrank zu erklären.

I.

Wenn wir die Entwicklung der Ereignisse betrachten, welche schliesslich Zweifel in die Zurechnungsfähigkeit des H. entstehen und die Untersuchung seines Geisteszustandes als wünschenswerth erscheinen liessen, so ist es der Verlauf dreier Processe, welche dafür Material und Grundlage lieferten.

Es würde zu weit führen, die Materie aller drei, deren Actenmaterial mir s. Z. zur Verfügung stand, hier wiederzugeben; für die folgende Beweisführung und um die Kampfesweise H.'s darzustellen genügt die kurze Wiedergabe des einen.

Herr Rechtsanwalt F., an den sich H. behufs notarieller Ausfertigung eines Kaufvertrages gewandt hatte, erhob Bedenken gegen einige Stellen desselben und musste die ungenügende Legitimation des H. zurückweisen. Seine Liquidation musste er durch den Gerichtsvollzieher eintreiben und gegen H. Klage wegen Beleidigung erheben wegen eines, folgende Stellen enthaltenden Briefes: «dass Ihre Person als nicht für mich geeignet betrachtet wird, meine Ehre zu verletzen», ferner: «mir will scheinen, es hätte Ihnen der Dienst bei der Polizei oder der Staatsanwaltschaft mehr Befriedigung gebracht, als der Beruf eines Rechts-

Digitized by Google

anwalts und Notars. Ich nehme an, Sie sind krank, ich wünsche Ihnen Gesundheit, insbesondere aber eine (Kräftigung) Dauer des den Erkenntnissprocess ermöglichenden Centralorgans». H. beantragt Zurückweisung der Klage: «weil mein Brief an Herrn F. Beleidigungen gar nicht enthält», und ferner: «ich bin der Verletzte, ich klage mich nicht mit Personen, die durch ihre Handlungsweise mich berechtigen, sie für krank zu halten».

Als die Hauptverhandlung anberaumt ist, lehnt er den Amtsrichter V. wegen Besorgniss der Befangenheit ab und stellt gegen ihn Strafantrag «wegen Missbrauchs der Amtsgewalt und Nöthigung», die darin zu erblicken sei, dass jener gegen ihn das Hauptverfahren eröffnet hat. Nachdem Beides vom Landgericht als unbegründet abgewiesen ist, lehnt H. den Amtsrichter V. auf's Neue ab, da er ein Einverständniss desselben mit R.-A. F. vermuthet, und wird damit wieder abgewiesen. Darauf stellt H. erneuten Strafantrag gegen V. wegen Missbrauchs der Amtsgewalt. Aus diesem Antrag verdienen folgende Stellen der Erwähnung: «Ein Richter, welcher in diesen schriftlichen Erklärungen eine Beleidigung findet, schreibt dem Rechtsanwalte mindestens Majestätsrechte zu; er ist also nicht unbefangen.» . . . «Wegen des bei den Richtern der unteren Gerichte eines Bezirkes herrschenden Corpsgeistes . . . . lehne ich den Amtsrichter Herrn V. und die sämmtlichen Herren Richter des Landgerichtes J. wegen Besorgniss der Befangenheit . . . . neuerlich ab.» Die Ablehnung des Amtsrichters wird für unbegründet erklärt und die Hauptverhandlung vor dem Schöffengerichte abgehalten, in der H. den Rechtsanwalt F. des Meineides beschuldigt und wegen Beleidigung des Staatsanwalts durch die Erklärung: «Die Rede, die der Herr Staatsanwalt gehalten hat, ist sehr schön, bezieht sich aber nicht auf die vorliegende Sache. Er scheint dieselbe schon früher einmal gehalten zu haben», zu einer Ordnungsstrafe von 3 Tagen Haft und wegen der Beleidigung des Rechtsanwalts F. zu 3 Monaten Gefängniss verurtheilt wird. Zugleich wird vom Gericht sofortige Verhängung der Untersuchungshaft wegen Fluchtverdachts beschlossen. Gegen den letzteren Beschluss erhebt H. sofortige Beschwerde, dann gegen das Urtheil Berufung und ebenso Beschwerde gegen die Haftstrafe. Das Landgericht erkennt die Berechtigung der Inhaftnahme an; auch dagegen erhebt H. sofortige Beschwerde. Zugleich richtet er ein Gesuch an den Präsidenten des Oberlandesgerichtes zu D., das folgendermaassen beginnt: «Gesetzwidrig werde ich durch Beschluss . . . . . wegen angeblicher Beleidigung als fluchtverdächtig in Haft gehalten . . . .», welcher im Sinne der Vorinstanzen Beschwerde und Gesuch zurückweist. Neue Eingabe an den Strafsenat des Oberlandesgerichts.

In der Berufungsinstanz beschliesst das Landgericht, den Angeklagten zur Vorbereitung eines Gutachtens über seinen Geisteszustand in die Irrenanstalt zu J. unterzubringen. Dagegen legt H. sofort Beschwerde ein und lehnt zugleich mehrere Richter ab. Das Oberlandesgericht verwirft Beides. H. richtet erneute Beschwerde an den Präsidenten, in der er erklärt, dass seine Beschwerde «widerrechtlich verworfen» sei und fährt fort: «Dr. K. (der den An-

Digitized by Google

trag auf Ueberführung in die Anstalt gestellt hatte) hat den ihm in den Mund gelegten Antrag gestellt ..... ein Antrag des Sachverständigen muss dem Gericht ohne Zuthun gemacht sein, darf aber von dem Gericht nicht bestellt werden.» Am 21. December 189. in die Irrenanstalt überführt, von wo aus er seine Beschwerden fortsetzt und unter Anderem für die Prüfung seiner Beschwerden 39 namentlich angeführte Richter des Oberlandesgerichts in D. wegen Besorgniss der Befangenheit ablehnt, weil ihr Verhalten «. . . . Jedermann, der den unter dem Richterpersonale des Oberlandesgerichts herrschenden Geist kennt, den Geist des unbedingten Zusammenhaltens, der in der zur Willkür verleitenden römisch-jüdischen Justizgesetzgebung des deutschen Reiches einen Nährboden findet, zu dem Schlusse berechtigt, dass eine unparteiische Prüfung dieser Beschwerde seitens der Richter bei dem Oberlandesgerichte D. ausgeschlossen erscheint.»

Nach Erlegung einer Caution von 2000 Mark wird die Untersuchungshaft aufgehoben. Auf Grund einer gutachtlichen Aeusserung der Direction der Irrenanstalt, welche H. für geisteskrank erklärt, wird das Urtheil des Schöffengerichts aufgehoben.

Auch dagegen erhebt H. Beschwerde, er sei nicht geisteskrank: «ich bin körperlich gesund befunden, also wird der Geist nicht gehindert», das Gutachten sei falsch. Er beantragt ein Gutachten der Landesmedicinalbehörde. Für die Prüfung der Beschwerde lehnt er wieder 39 Richter des Oberlandesgerichtes D. wegen Besorgniss der Befangenheit ab: «Diese Besorgniss mache ich glaubhaft mit dem Hinweis auf die Feindseligkeiten, ungesetzlichen Beschlüsse des Richterpersonals bei dem Oberlandesgericht D. . . . . sowie auf das Band der Verwandtschaft, welches die genannten Richter umschliesst.» Die Beschwerde wird natürlich als unzulässig zurückgewiesen.

Denselben typischen Verlauf zeigt eine ähnliche Processsache in H.: Inanspruchnahme eines Rechtsanwalts, als dieser nicht ganz nach H.'s Wünschen handeln kann, Verweigerung der Zahlung und Beleidigung desselben. In dem gegen H. desshalb anhängig gemachten Process wird nun von ihm, gerade so wie oben, jeder Gerichtsbeschluss angefochten, Beschwerde eingelegt bei Amts-, Land- und Oberlandesgericht, Eingaben an Anwaltskammer und Ministerium gemacht, die Richter werden abgelehnt und Strafanträge gegen sie gestellt, verschiedene Beamte und Behörden gröblichst beleidigt, bis schliesslich auch hier das Gericht Bedenken wegen seiner Zurechnungsfähigkeit äussert.

Ein 3. Process, in den mir seiner Zeit Einblick gewährt wurde, betrifft eine Strafsache wegen Beleidigung der österreichischen Justizbehörden. Das Verfahren H.'s ist das oben geschilderte, bis auch in diesem Falle wieder das Gericht die Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten bezweifelt und die Begutachtung seines Geisteszustandes beschliesst.

Ich habe mich hier darauf beschränkt, das Material der Acten nur so weit anzuführen, als es den Gang der Processe an und für sich charakterisirt, habe dagegen die das krankhafte Vorstellungsleben beweisenden Aeusserungen des H., soweit es an-

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL
AUG 23 1918
LIBRARY

ging, weggelassen, um Wiederholungen vermeiden zu können, werde ihre Erwähnung aber später bei der eigentlichen Beweisführung durch Verwerthung der Materie nachholen.

II.

Wenden wir uns nun der Persönlichkeit des H. selbst zu. Die erste Bekanntschaft mit ihm machte ich im Sommer 1889, als H. in die damals von mir abgehaltene poliklinische Sprechstunde der Irrenanstalt zu J. kam und an mich das Ersuchen stellte, ihm ein Zeugniss auszustellen, dass er geistig gesund sei. Er wollte dasselbe vor Gericht benutzen in einer Processsache, die er mir zu erzählen begann. Ich schlug ihm seine Bitte ab mit dem Bemerken, dass ich mir ein Urtheil über seinen Geisteszustand nur bilden könnte nach Einblick in die Acten und nach seiner mindestens 4 bis 6wöchentlichen Beobachtung in der Anstalt. Der Eindruck, den ich damals erhielt, war der, dass ich es mit einem verrückten Querulanten zu thun hatte.

Am 21. December 189. wurde H. aus der Untersuchungshaft in die Anstalt behufs Beobachtung seines Geisteszustandes eingeliefert und mir zugleich die Möglichkeit geboten, mich durch das Studium der Acten mit dem Falle bekannt zu machen und mit dem Angeklagten das darin enthaltene Material zu besprechen.

Der von mir in der Anstalt an dem H. erhobene körperliche Befund enthält nichts, was für die Beurtheilung der geistigen Erkrankung irgendwie in Betracht käme. H. stammt nach seiner eigenen Angabe aus gesunder Familie und will hereditär nicht belastet sein. Irgend eine ernstliche Krankheit habe er nie gehabt. Ueber sein Leben hat er mir einen sehr charakteristischen Bericht gegeben, den ich, soweit es hier interessirt, folgen lasse:

«Am 1. Juni 184. in H. geboren, Vater im 3. Lebensjahr verloren. Gymnasium besucht, Baufach studirt in Hannover und Berlin. 187. als kgl. Bauführer der Eisenbahndirection C. beeidet, 187. Wasserbausectionsingenieur der kgl. Canalbauverwaltung im Emsgebiete, 187.—7. verantwortlicher Bauleiter im Range eines Postenofficiers im Bereiche der ersten Festungsbauinspection. 187. Duell mit dem Consul H., Kauf des Ritterguts P. nach Aufgabe der Beamtenstellung. Conflict mit dem Juden B., Kreisgerichtsdirector in U., weil ich über den Gutseingang die Inschrift «Juden ist Eintritt verboten» hatte anbringen lassen. 188. Verkauf des Gutes und Uebersiedelung nach Böhmen. Begründung der Serpentinsteinverwerthung Ei. in Böhmen. 188. Verlobung mit der Tochter des Herrn v. L., deren ehemaliger Vormund der beabsichtigten ehelichen Verbindung widerstrebt. Das Fräulein wird dadurch kopfscheu gemacht, dass das k. k. Kreisgericht E. mir einen Process wegen versuchten Betruges und schwerer Körperverletzung macht; wegen Betrugs wird eine Anklage nicht erhoben, die Anklage wegen schwerer Körperverletzung wird zurückgezogen, nachdem sich herausgestellt hat, dass Dr. Schn. auf Veranlassung des Richters W. ein falsches ärztliches Attest ausstellte.»

Digitized by Google

188. Auflösung der Verlobung, Verkauf des Serpentinsteinwerkes, Reise nach Holland, Belgien, Schweiz, Italien, Kleinasien, Konstantinopel. 188. Uebersiedelung nach Ungarn, Niederlassung in Orsova, Verheirathung, Beginn der Reibungen mit dem Bezirksrichter Jude N. und dem Postmeister, Sohn der Jüdin K. 189. Verurtheilung zu 2 Jahren Arrest wegen angeblicher Verleumdung auf Grund gefälschter Urkunden nach dem Referat des Juden Sz. Im Jahre darauf Tod meiner Gattin, 1893 Ausweisung aus Ungarn als angeblich vermögenslos, weil das Gericht meine Ausweisung laut Gesetz nicht aussprechen konnte.»

In der Unterhaltung über die Materie der Processe und über die Art der Führung derselben von seiner Seite vertritt H fast mit denselben Worten und Redewendungen durchaus den Standpunkt, der aus seinen Eingaben und Beschwerden zu ersehen ist. Da derselbe unten noch erörtert werden soll, so erübrigt sich ein Eingehen darauf an dieser Stelle. Als Gesammtergebniss geht aus den mir gegenüber gemachten Aeusserungen H.'s ungefähr folgende Anschauungsweise hervor.

Die Chicanen, denen er seitens der Behörden ausgesetzt gewesen ist, reichen weit in seine Vergangenheit zurück, schon bis in die Zeit seines Aufenthaltes in Ungarn. Es sei dies um so auffallender, als er glaubt, sich um den ungarischen Staat verdient gemacht zu haben, dadurch, dass er die Aufmerksamkeit des Ministers auf verschiedene Unregelmässigkeiten von Verwaltungsbeamten lenkte. Man hat ihn desshalb mit allen möglichen Rechtshändeln verfolgt, aber schon in Oesterreich-Ungarn ist ihm sein Recht nicht geworden, vielmehr wurde «das Recht gebeugt» und «Justiz-Schurkenstreiche» an ihm ausgeübt. Auch von Seiten des deutschen Consulates in Ofen-Pest hat er nicht die genügende Unterstützung gefunden und sich desshalb an das auswärtige Amt in Berlin gewandt. Dabei ist er diesen Behörden durch das Aufdecken verschiedener Mängel lästig geworden und man suchte ihn nun auf jede Weise unschädlich zu machen. Diese Absicht gehe u. A. auch aus Folgendem hervor, was ihm sehr aufgefallen sei: Er war eben erst wieder nach Deutschland in die Gegend von Bo. gekommen, wo er eine Kieslieferung übernommen hatte, liess aber, da er noch keinen festen Wohnsitz hatte, seine Correspondenz an seine Schwester nach Ha. gehen — sofort seien auch schon die Ha.'er Behörden auf ihn aufmerksam geworden und «kaum hatte ich mich dann in Bo. niedergelassen, als auch schon das Gericht in J. lebendig wurde und sich schon im Juli, als ich mit dem Gericht in J. noch gar nichts zu thun hatte, in Bo. beim Gemeindevorstand nach meinen Verhältnissen erkundigte.» Ueberhaupt würde in seinen Processen das Verfahren nicht im «öffentlichen Interesse geführt, sondern es kämen ganz andere Interessen in Betracht». Er meint damit die persönlichen Interessen der Richter, die, wenn sie einmal einen Fehler gemacht haben, sich in Folge «des unter ihnen herrschenden Corpsgeistes» und der sie verbindenden verwandtschaftlichen Verhältnisse nicht im Stiche liessen, sondern sich durch Winke verständigen, denn «neben den Acten geht doch immer noch eine private Correspondenz nebenher». Auch

Digitized by Google

das Gericht in Sachsen habe vom auswärtigen Amt einen Wink erhalten, ihn bei der ersten sich bietenden Gelegenheit «hinter Schloss und Riegel zu bringen».

Auch von der Anstalt aus verfasste er seine Beschwerden und Eingaben weiter. Um die Namen der Richter des Oberlandesgerichtes D., die er ablehnen wollte, feststellen zu können, liess er sich das Staatshandbuch geben. Am Abend sagte er zu mir etwa Folgendes: Nun ist mir ja die ganze Sache klar, da kommen ja dieselben Namen vor wie in J., da sind ja eine ganze Reihe Richter mit einander verwandt. Da wird meine Beschwerde natürlich zurückgewiesen werden, denn die D.'er Richter werden doch nicht anders entscheiden als ihre Verwandten in J. Ueberhaupt erging er sich gern in Aeusserungen über den heutigen «heruntergekommenen verjudeten Richterstand» und sagte einmal, nachdem er sich sehr selbstgefällig über seine eigenen umfassenden in 40 Semestern erworbenen juristischen Kenntnisse ausgesprochen hatte, «wer studirt denn heutzutage noch Jurisprudenz? Wieviel Leute laufen herum, die vom Corpus juris keine Ahnung haben!»

In 2 in der Anstalt verfassten Schriftstücken spricht sich dieselbe oben geschilderte Anschauungsweise aus. Es heisst in einem Briefe an Hei.: «Nachdem schon seit Monaten versucht wird, mich zu beseitigen, so blieb, weil auch die Beleidigungsklage verunglückt ist, nur der Rest des Hexenprocesses übrig, mich in die Nacht des Irrenhauses zu versenken» und Brief an Fr. E.: «... erfuhr ich, dass sich L. an Dich herandrängt. Sei so gut und fertige diesen Menschen, der nur als Spion kommt, so ab, dass er keinen weiteren Versuch macht. L. agirt nur im Auftrage des Le. und S., er will als Zeuge auftreten für Aeusserungen, die Du dann gethan haben sollst.»

Zur Vervollständigung des bisher gewonnenen Bildes von der Persönlichkeit des zu Begutachtenden seien auch hier schon seine früheren Conflicte mit Behörden erwähnt, soweit sie sich aus dem mir s. Zeit vorgelegten Actenmaterial feststellen liessen. H. wurde bestraft:

Den 23. I. 1875 in Colberg wegen Duell mit 3 Monaten Festung,

den 30. I. 1875 ebenda wegen Widerstands gegen die Staatsgewalt und Körperverletzung mit 3 Wochen Gefängniss,

den 30. II. 1875 vom Kreisgericht W. wegen Beleidigung mit 20 M. Geldstrafe resp. 3 Tagen Haft,

den 8. III. 1877 in Cöslin wegen Beleidigung mit 3 Wochen Gefängniss.

Ferner in Stolp: 1. den 4. I. 1878 wegen Beleidigung mit 3 Wochen Haft,

2. den 2. I. 1878 wegen Widerstands gegen die Staatsgewalt mit 4 Monaten Gefängniss,

3. den 28. III. 1878 wegen Beleidigung mit 4 Wochen Gefängniss, zusätzlich zu 2.,

4. den 17. V. 1878 wegen wiederholter Beleidigung mit 14 Tagen Gefängniss, zusätzlich zu 2.

Digitized by Google

1879 in Berlin wegen Beleidigung zu 6 Wochen Gefängniss. Ferner ist festgestellt, dass H. nach Auskunft der Ortsbehörde in O. vom 30. Juli 1895 nach Verbüssung einer ihm von Karansebeser Gerichtshofe auferlegten 2jährigen Freiheitsstrafe und nachdem er das seiner Ehefrau gehörige Vermögen «verschwendet» hatte, am 14. October als «vermögens- und beschäftigungslos» aus Oesterreich-Ungarn ausgewiesen und von Orsova nach Ha. mittels Schub transportirt worden ist.»

III.

Ich komme nun dazu, das oben gewonnene Material zur Stütze für meine Diagnose zu verwenden und, wie schon früher angedeutet, zugleich die Anführung derjenigen Stellen aus den Processacten nachzuholen, welche mir als Beweis für die Richtigkeit meiner Behauptung dienen sollen.

Der hervorstechendste Zug in dem Bilde, das die Geschichte H.'s vor unseren Augen entrollt, ist der Beeinträchtigungswahn, unter dem der Kranke leidet. Er hat den Glauben, dass er in seinem Rechte beeinträchtigt werde, dass man ihm sein Recht vorenthalte, dass man das Recht beuge.

Die Verurtheilungen, die Bestätigung der Urtheile, die Zurückweisung seiner Beschwerden, alle Belehrungen, die ihm zu Theil werden, können seinen Glauben nicht erschüttern. Unbeachtet bleiben alle Einwände, auf's Neue wird die erledigte Sache wieder aufgenommen und blind geht er nur auf das eine Ziel los, dass er Recht behalten müsse; für ihn gibt es nur ein Recht und das ist sein Recht, von dieser Vorstellung wird H. ganz erfüllt. Schon die Hartnäckigkeit, die sich durch nichts beeinflussen und corrigiren lässt, die Rücksichtslosigkeit, mit der sie andere Vorstellungen aus dem Denkinhalt herausdrängt, charakterisirt diese Vorstellung der rechtlichen Beeinträchtigung als Wahnvorstellung. Es würde Bogen füllen, wollte man die Stellen alle anführen, an denen H. davon spricht, dass er «rechtswidrig» verklagt sei, dass die Strafsache gegen ihn «construirt» ist, dass seine Richter in «seiner Sache nicht sehen können» oder «nicht sehen wollen», dass diese sich einen «Missbrauch der Amtsgewalt», eine «Vergewaltigung» haben zu Schulden kommen lassen, dass sie «ungesetzliche Haftbefehle erlassen», das «Recht gebeugt» haben etc., ich sehe daher hier davon ab, besonders da derartige Anschauungen in jeder Eingabe H.'s vorkommen und ferner die ganze von H. im Verlauf der Processe geübte Praxis, wie sie oben geschildert wurde, dies erweist.

Die Idee der rechtlichen Beeinträchtigung steht bei H. fest, er ist durchaus davon überzeugt. Jetzt drängt sich ihm die Frage auf nach dem warum? Bei diesem Suchen nach dem zureichenden Grunde fängt das kranke Gehirn an zu combiniren, Beziehungen herzustellen, Verknüpfungen, Complotte in den harmlosesten Dingen zu finden. Wie sich dieser Beziehungswahn bereits zu einem förmlichen System in dem Vorstellungsleben des H. ausgebildet hat, habe ich schon oben unter II. gezeigt. Die Symptome dieser krankhaften Combinationssucht finden sich an zahlreichen anderen

Digitized by Google

Stellen, z. B. Bl. 126: «ich habe seit meiner ersten Beleidigungsanklage vor 21 Jahren so merkwürdige Gerichtsentscheidungen und solch überaus gewaltsames Vorgehen der Richter in Deutschland, Oesterreich und Ungarn erlebt, auch immer das Bestreben bemerkt, mich ehrlos und vermögenslos zu machen, dass ich mir gestatten kann, solchen Richtern gegenüber . . . . einen Sonnenstandpunkt einzunehmen? (Zugleich charakteristisch für den Grössenwahn des H., von dem später die Rede sein soll.) Ferner an derselben Stelle: «so ist in Verbindung mit den Thatsachen, dass die Ortsvorstehung in Bo. schon im Juli 1895 Bericht über meine Person dem Landgerichte J. erstattet hat, also zu einer Zeit, in welcher für ein strafrechtliches Vorgehen gegen meine Person absolut kein Material vorlag . . . . nur der Schluss zulässig, dass die genannten Richter, welche mit meiner Inhafthaltung offenbar den § 11 der St.-P.-O. verletzten, durch das Personal der Landescentralbehörde gedeckt zu sein glauben; oder dass sie immer noch auf das Eintreffen von Strafmaterial hoffen in der Meinung, es könnte mich die ungesetzliche Freiheitsberaubung, der ich unterliege, zu Zornesausbrüchen veranlassen.» Diesem selben Verdacht hat er mir gegenüber schon einmal mündlich Ausdruck gegeben, wie unter II erwähnt wurde. In dem oben citirten Actenstücke hält er auch «eine unparteiische Prüfung dieser Beschwerde seitens der Richter des Oberlandesgerichts D. für ausgeschlossen.» Es sei hier nochmals auf die Stellen unter II hingewiesen, an denen H. den Argwohn ausspricht, dass die Richter sich gegenseitig in einer privaten Correspondenz durch Winke verständigten und dass in Folge ihrer verwandtschaftlichen Beziehungen Einer den Anderen nicht im Stiche lässt, sondern wenn Einer einen Fehler mit der Verurtheilung gemacht hat, der Andere natürlich dessen Urtheil bestätigen wird. Dasselbe spricht er verschiedentlich aus, so z. B. Bl. 86: «Dieser Beschluss . . ., mit welchem in einer eigenartigen, in mir Wehmuth erzeugenden Interpretation des § 81 St.-P.-O. der Versuch gemacht wird, mich im Irrenhause verschwinden zu lassen, damit die Amtsgenossen der H.'schen Richter, deren Bestrafung ich . . . . beantragt habe, gerettet werden.» Bl. 91: «. . . dessen Richter . . . . sich durch mein Verschwinden im Irrenhause aus fataler Situation befreien wollten.»

Mehrfach spricht er den Verdacht aus, dass die Richter nicht unbefangen urtheilen könnten, weil sie Beziehungen zu einander unterhielten und sich wegen des unter ihnen herrschenden «Corpsgeistes» nicht gegenseitig desavouiren würden, z. B. Bl. 59: « . . . bei dem unterm Stande der diplomirten Justizbeamten herrschenden Corpsgeiste halte ich es für undenkbar, dass die Collegen der Herren C. und B. unbefangen das Richteramt ausüben werden.» Ferner lehnt er Bl. 66 sämmtliche Richter des Landgerichts H. und Oberlandesgerichts N. ab, da er «einsieht, dass der von mir als vorhanden angenommene Corpsgeist den ganzen Oberlandesgerichtssprengel umfasst» u. s. w.

Aber nicht nur Richter und Staatsanwälte werden von ihm beargwöhnt und in das von ihm vermuthete Complott hineingezogen, sondern seine wahnhafte Beziehungssucht wird auch auf

Digitized by Google

andere Personen, die mit ihm in Berührung kommen, ausgedehnt. Personen, die ihm sonst ganz gleichgiltig waren, die er vielleicht sogar schätzte, denen er jedenfalls freundlich gegenüberstand, sind sofort seine Gegner, werden des Einverständnisses mit seinen Widersachern geziehen, sobald ihr Urtheil und Handeln nicht so ausfällt, wie er es von ihnen erwartet hatte, z. B. Bl. 35: weil seine Verlobung von dem Vormunde der Braut nicht gebilligt wurde, werden gegen ihn «verschiedene Anschläge gemacht, durch welche er in eine Untersuchung verwickelt werden sollte», «Prügeleien gegen ihn angezettelt» und schliesslich wird es seinen «Widersachern möglich, ihn in eine Untersuchung zu kriegen». «Das Fräulein wird dadurch kopfscheu gemacht» und die Verlobung geht zurück. Derselbe Verdacht ist ausgedrückt in dem unter II angeführten, von ihm selbst verfassten Lebenslauf.

Sein Urtheil über meine Person machte er ganz von meiner Stellungnahme zu seiner Sache abhängig. Ehe er wusste, dass ich ihn für geisteskrank erklären musste, war er zu mir liebenswürdig und zuvorkommend, unterhielt sich gern mit mir über seine Arbeiten u. A., nachher ist ihm kein Schimpfwort krass genug, um mich damit zu belegen, ich bin ebenso ein Schurke wie seine Richter. Ebenso beargwöhnt er den als Sachverständigen über ihn gefragten Dr. K. Bl. 91: «die Berufung des Dr. K. als Sachverständigen ist mindestens auffällig», und Bl. 109: «Dr. K. hat den ihm in den Mund gelegten Antrag gestellt», nämlich auf seine Unterbringung in eine Irrenanstalt, und weiter Bl. 110: «ein Antrag des Sachverständigen muss dem Gericht ohne Zuthun gemacht sein, darf aber nicht vom Gericht bestellt werden».

Dazu vergl. auch den unter II erwähnten Brief an Frau E., in dem er von seinem Verdacht wegen Spionage spricht und ebenda den Brief an H. In der Untersuchungshaft in J. glaubte er, dass die Absendung seiner Briefe «absichtlich verzögert wird». Auf keinen Fall ist seiner Meinung nach irgend eine Maassnahme seiner vermeintlichen Gegner aufrichtig gemeint, es entspricht daher ganz seiner argwöhnischen Anschauungsweise, wenn er Bl. 77 schreibt: « . . . in der Erwartung, dass ich 3000 M. als Caution nicht beschaffen kann, ist diese Summe scheinbar für meine Freilassung von mir gefordert».

Man ersieht aus dem eben Gesagten, wie wenig stichhaltig die so oft von Laien geäusserte Ansicht ist, dass derartige Kranke nur partiell geisteskrank wären. Man sieht daraus, dass nicht nur einzelne Theile des Denkinhalts krankhaft verändert sind, sondern dass die Wahnvorstellungen gelegentlich auch in immer weitere Kreise übergreifen können. Desshalb müssen wir uns auch dem in Laienkreisen so oft geäusserten Wunsche gegenüber, derartige Kranke nur partiell zu entmündigen, durchaus ablehnend verhalten, denn man weiss ja nie, wann der Wahn der Kranken die Tendenz zeigen wird, sein — wie es wenigstens auf den ersten Anblick scheinen will — beschränktes Gebiet zu verlassen und den gesammten Vorstellungsinhalt zu verändern. Das geistige Centralorgan des Menschen ist eben als ein einheitliches Ganzes aufzufassen, dessen einzelne Theile in ständiger Wechselwirkung zu einander stehen

Digitized by Google

so dass nicht ein einzelnes Gebiet krankhaft verändert sein kann, ohne nicht auch eine veränderte Function der übrigen Theile und des Gesammtorgans zu veranlassen.

Ich wende mich nun dem Nachweise des zweiten der in meinem früheren Gutachten hervorgehobenen Symptome in dem Krankheitsbilde des H. zu, dem Nachweise der geistigen Schwäche, des Intelligenzdefectes. Gerade bei diesem Punkte werden von Laien die Haupteinwände gegen das Vorhandensein einer geistigen Erkrankung gemacht. Es wird dann immer behauptet, der Kranke spricht doch ganz klar und correct, er kann seine Gedanken ganz geordnet und fliessend vorbringen, sein Gedächtniss ist doch gut, man lese nur seine formgewandten, überall mit Stellen aus dem Gesetze belegten Eingaben. Im Publicum herrschen eben vielfach noch ganz falsche Anschauungen über Wesen und Form der geistigen Erkrankungen. Habe ich doch vielfach und zwar auch bei den Angehörigen der sogen. gebildeten Classen die Erfahrung gemacht, dass sie keine Ahnung davon hatten, dass es verschiedene Formen der Geisteskrankheiten gibt, und ohne Weiteres jeden als geisteskrank Bezeichneten für einen verlorenen Menschen hielten. Der Laie denkt vielfach, dass der Geisteskranke überhaupt nicht mehr im Stande ist, einen richtigen Gedanken zu fassen und denselben in klarer Form zum Ausdruck zu bringen, dass alles Denken bei ihm kunterbunt durcheinander geht. Wie wenig diese Ansicht mit den Thatsachen übereinstimmt, lehrt die tägliche Erfahrung. Wenn die Wahnvorstellungen der Kranken nicht mit starker affectiver Betonung einhergehen und keinen aggressiven Charakter tragen, dann können sie sich jahrelang in der Gesellschaft bewegen, ohne dass sie dem grossen Publicum auffallen. Wer sind denn ferner in unsern Heil- und vor Allem Pflegeanstalten die liebenswürdigen Gesellschafter, die geschicktesten Arbeiter, Musiker, Dichter etc.? Gerade jene chronisch Kranken, mit der chronischen Paranoia behafteten. Kraepelin (Psychiatrie V. 1896) spricht gerade in den Fällen von Paranoia «in denen sich von Anfang an klar erkennbar ganz langsam ein dauerndes, unerschütterliches Wahnsystem bei vollkommener Erhaltung der Besonnenheit herausbildet» und Hitzig (Quaerulantenwahnsinn 1895) hebt ganz besonders hervor, «dass die Kranken keineswegs dauernd unter der Herrschaft abnormer Affecte stehen und auch normaler Gefühlsäusserung sehr wohl fähig sind.» In unserem Falle bedenke man doch auch die Bildung, die H. genossen hat, die Kenntnisse, die er sich während seiner Thätigkeit doch zweifellos erworben und dann die Rechtskunde, die er, wie er selbst sagt, während 40 Semestern erlangt hat. Spurlos gehen doch solche Eigenschaften nicht zu Grunde. Warum soll seine Sprechweise also nicht mehr fliessend und gewandt, seine Schreibweise formell correct sein? Wenn wir aber auf den Inhalt seiner Aeusserungen eingehen, wie überzeugend tritt da der Defect, die geistige Armuth hervor. Wie spärlich ist der Inhalt aller seiner Eingaben, wie haltlos, wie geradezu kindisch ist oft seine Beweisführung. Oft werden sogar einfach Behaup-

Digitized by Google

tungen aufgestellt, Forderungen ausgesprochen ohne jede Begründung.

Sofort fällt auch die Eintönigkeit, das Phrasenhafte in seinen Aeusserungen auf. Es ist immer wieder derselbe Weg, den H. einschlägt, begänne jetzt ein neuer Process gegen ihn, man könnte genau voraussagen, wie er verlaufen würde, ja man könnte sogar schon die Begründungen angeben, mit denen H. seine Beschwerden ausstatten würde. Man sehe nur die vorliegenden Acten daraufhin an. Mit einer fast systematischen Regelmässigkeit werden Leute beleidigt, Berufungen und Beschwerden eingereicht, Strafanträge gestellt, Richter abgelehnt; mit derselben Regelmässigkeit kehren dieselben Gründe, dieselben Phrasen wieder. Auch das Gericht hat denselben Eindruck, denn das Oberlandesgericht beschliesst Bl. 119: « . . . im Uebrigen wolle die Strafkammer den Beschwerdeführer bedeuten, dass etwaige fernere, die nämliche Angelegenheit betreffende Eingaben, dafern sie nichts Neues enthalten, ohne weitere Bescheidung werden beigelegt werden.» Immer wieder ist es der unter den Richtern herrschende Corpsgeist, mit dem er die Ablehnung derselben begründet, ebenso finden wir die Phrase von dem «wertheerzeugenden Bürger» und dem «wertheerzeugenden Volke» an 4 oder 5 Stellen wieder, Beispiele der schwachsinnigen Phrasenmacherei, die sich beliebig vermehren liessen.

Einige von den Bekannten derartiger Kranker machen uns dann den Einwurf: so sei er immer gewesen; sie kennen ihn schon seit vielen Jahren, er war nie anders; das seien eben seine Charaktereigenschaften. Es ist ganz richtig, dass er schon so war, so lange jene ihn kennen, aber er war ebenso lange auch schon krank, das waren Krankheitssymptome, die schon seit Jahren oder Jahrzehnten bestanden, aber keine Charaktereigenschaften oder Eigenthümlichkeiten. Ich möchte nur darauf hinweisen, dass es auch in unserem Falle schon Leute gegeben zu haben scheint, die den Fall objectiver beurtheilten und denen schon vor Jahren Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit des H. aufgestiegen sind. In einem Briefe H.'s, Bl. 91, heisst es nämlich: «Der Arzt, Dr. W. in Karansebes, Ungarn, der mich ebenfalls für verrückt erklären sollte . . .». Auch sei hier nochmals auf die unter II angeführten Vorstrafen des H. hingewiesen. Wir kennen zwar den speciellen Stoff nicht, um den es sich damals handelte, die Kenntniss davon gewinnt aber doch — besonders da auch damals Beleidigungen und Widerstand gegen die Staatsgewalt vorlagen, ähnliche Vergehen wie jetzt — für uns erhöhte Bedeutung, wenn wir sie im Zusammenhang mit dem schon gewonnenen Material betrachten, insofern als daraus hervorzugehen scheint, dass schon vor Jahrzehnten sich bei H. die Tendenz zeigt, Beleidigungen auszusprechen und sich gegen Maassregeln der Behörden aufzulehnen.

Charakteristisch für das geschwächte Urtheilsvermögen, zugleich aber für die Unverrückbarkeit des Wahnsystems ist auch die Unbelehrbarkeit des Kranken. Obgleich seine Beschwerden immer wieder abgelehnt, seine Anklagen und Berufungen als unbegründet abgewiesen werden, ist er für die Beweisführung von

Digitized by Google

anderer Seite völlig unzugänglich, starr hält er an seiner Auffassung der Verhältnisse fest, unverrückbar richtig ist ihm seine Interpretation des Gesetzes, wenn auch Amtsgericht, Landgericht, Oberlandesgericht und Ministerium anderer Meinung sind. Wenn auch seine Ansicht zum so und so vielten Male widerlegt ist, er ignorirt die Gegengründe einfach und appellirt weiter. Dafür brauche ich nicht einzelne Stellen anzuführen, der ganze Gang der Processe zeigt es zur Genüge.

Im Gegensatz zu der, man möchte sagen Naivetät, mit der H. Andere beleidigt, steht sein eigenes hochgespanntes Ehrgefühl, das noch durch ein krankhaft gesteigertes Selbstgefühl verstärkt wird. Jede mit der seinigen nicht übereinstimmende Meinungsäusserung, der geringste Mangel an Hochachtung ihm gegenüber, jedes nicht sorgfältigst abgewogene Wort wird von ihm als persönliche Beleidigung gedeutet. Die Verletzung des Selbstgefühls und die damit verbundene affective Erregung, die auch beim geistig Gesunden eintritt, wenn seine Meinung für falsch erklärt wird, wird in mehr oder weniger kurzer Zeit durch die kritische Thätigkeit des Verstandes zurückgedrängt, welche das für und wider jeder der beiden Meinungen objectiv abzuwägen beginnt und darnach zu einem mehr oder weniger sachlichen Schlusse kommt. Bei unserem Kranken aber sind ausser der Schwächung des Intellectes, Selbstgefühl und affective Erregbarkeit krankhaft gesteigert. Ein Wort, das seiner noch dazu mit krankhafter Hartnäckigkeit vorgefassten Meinung nicht entspricht, ruft eine starke Laesion seines über die Norm gesteigerten Selbstgefühls und damit eine heftige Affectstörung hervor. Das Eingreifen des kritischen Verstandes, das gerade hier recht nothwendig wäre, lässt gerade hier im Stich, die Gegenvorstellungen fehlen oder können nicht in genügender Zahl und mit genügender Stärke zur Einwirkung gelangen, besonders da noch dazu Defecte, z. B. der Mangel der Vorstellung von der sittlichen Gleichberechtigung der Interessen Anderer u. A., ihr Auftreten verhindern, jede Objectivität in der Beurtheilung der Meinungen wird fehlen. Dies tritt um so eher ein, als bei ihm doch auch noch sein Wahn unterstützend mit hinzutritt und das Zustandekommen einer sachlichen affectlosen Denkweise unmöglich macht. Aus diesem Ueberwiegen der Affecte bei einem Mangel der Urtheilskraft ist es zu erklären, dass der Kranke Alles persönlich nimmt und sich so häufig beleidigt fühlt. Der ganze seelische Vorgang wird nun eine Steigerung, besonders nach der affectiven Seite hin erfahren, wenn die von Anderen geäusserte Meinung für H. Folgen unangenehmer Art hat; um so leichter wird er dann darin die feindliche Absicht, die Beleidigung zu finden glauben.

Die natürliche Reaction auf einen Stoss ist ein Gegenstoss, auf eine Beleidigung die Beleidigung. H. kommt nun auch wie ein Kind nur bis zu diesem einfachen Mechanismus und auf jede Beleidigung — dass diese hier nur eine eingebildete ist, ändert nichts — reagirt er blind durch eine Beleidigung ohne jede weitere Reflexion, welche die starke affective Erregung, in der er sich befindet, gar nicht zulässt. Begünstigt wird dieses Affecthandeln noch durch den Mangel an ethischen Vorstellungen; das Unterscheidungs-

Digitized by Google

vermögen zwischen Recht und Unrecht ist ihm gänzlich verloren gegangen. Ich kann diese Krankheitserscheinung nicht besser wiedergeben als mit den Worten Kraepelin's (Psychiatrie IV):

«Die sittliche Idee der fremden Gleichberechtigung, das Gefühl für die Unverletzlichkeit auch der Rechtsinteressen des Gegners ist hier gänzlich unentwickelt geblieben oder wieder verloren gegangen. Der Kranke hält die unsittlichsten Mittel für erlaubt, so bald sie ihm zur Schädigung seines Feindes dienen, während selbst die mildesten Formen rechtlichen Zwanges in ihrer Anwendung auf ihn selbst als brutale Angriffe und Vergewaltigungen aufgefasst werden.»

Daher strotzen auch H.'s Briefe etc. von Beleidigungen und ungerechtfertigten Angriffen auf andere Personen. Hierauf bezügliche Stellen sind bereits genügend aufgeführt, so dass ich hier nur auf das bereits Gesagte verweise.

Hält man ihm diese Beleidigungen vor, so bestreitet er, dass seine Aeusserungen überhaupt eine Beleidigung enthalten, oder aber er gibt das Beleidigende seiner Aeusserung zu, dann ist er aber seiner Meinung nach damit zu entschuldigen, dass er nur in berechtigter Nothwehr und zur Wahrung berechtigter Interessen gehandelt hat; oder aber, er habe mit seiner Beleidigung ja nur die Wahrheit gesagt: Jener hat es verdient, ein Lump genannt zu werden, denn er ist wirklich einer, warum sollte er es also nicht sagen. Seine Erwiderung, wenn ihm die Beleidigung eines Anderen vorgehalten wird, ist immer eine ähnliche, wie sie auf Blatt 4 wiedergegeben ist: «. . ich beantrage Zurückweisung der Klage, weil mein Brief an Sch. Beleidigungen gar nicht enthält, würde er sie aber enthalten, so wären die Aeusserungen in Wahrnehmung berechtigter Interessen gemacht . . . .» oder Bl. 40: «Der Inhalt des incrimirten Briefes enthält gar keine Beleidigung, weil er lediglich das Empfinden, die Meinung des Klageführenden ausspricht, die zur Information der Anwaltskammer ausgesprochen werden musste, sowie in Wahrung berechtiger Interessen.»

Aus der ganzen Processführung des Kranken ersieht man, wie sehr er sein Handeln durch Affecte beeinflussen lässt, wie wenig sein Denken den Inhalt der Sache zu erfassen vermag. Er sieht nicht auf das Ende, sieht nicht, dass er seine Lage gar nicht verbessert, im Gegentheil seinen Fall nur complicirt, es fehlt ihm eben der wirklich weitschauende Blick. Er hält sich an Aeusserlichkeiten, sein Denken bleibt auf der Oberfläche der Dinge: Die Aehnlichkeit oder Gleichheit der Namen der Richter genügt ihm, um zu behaupten, dass die Richter untereinander verwandt sind und sich daher gegenseitig nicht stecken lassen werden. Der rein äusserliche Grund, dass der Sachverständige sich gegen ihn ausgesprochen hat, genügt ihm, um bei Jenem Böswilligkeit und Unwissenheit anzunehmen. Auch wenn man seine anscheinend grosse Rechtskunde näher betrachtet, entdeckt man diese Oberflächlichkeit; Form und Wortlaut des Gesetzes sind ihm geläufig, das Wesen und den Geist desselben hat er selten erfasst. Das geht schon aus der einfachen Thatsache hervor, dass alle seine Beschwerden und Anschuldigungen von den Gerichten ab-

Digitized by Google

gewiesen werden müssen, obgleich sie immer mit zahlreichen Gesetzesparagraphen ausgestattet sind; also können sie doch unmöglich sachlich begründet sein. Sagt doch selbst sein eigener Rechtsanwalt von ihm und seiner Rechtskenntniss Bl. 43: «.... wenn der Angeklagte unbegründeter und ganz thörichter Weise Richter in seiner Sache abgelehnt hat, so ist das lediglich auf seine Beschäftigung mit der Strafprocessordnung zurückzuführen, deren Bestimmungen er zwar läuten, aber nicht zusammenschlagen gehört hat.»

H. kennt nur sein persönliches Recht, in gänzlich subjectivegoistischer Weise wird dasselbe von ihm gehandhabt ohne Berücksichtigung irgend welcher ethischer Gesichtspunkte. Seine schwachsinnige, ganz verbohrte Deductionsweise wird besonders deutlich illustrirt durch folgende Stelle einer Eingabe an das Amtsgericht W. Bl. 10—11: «nachdem die Staatsanwaltschaft die Instanz ist, an welche der Bürger sich zu wenden hat, wenn er an seinem Eigenthum geschädigt wird, so ist die Postkarte an R.-A. S. mit dem Hinweis auf das Anrufenwollen der Staatsanwaltschaft durchaus nichts anderes als eine Mahnung, eine Warnung. In der Anzeige an die Anwaltskammer und an die kgl. Staatsanwaltschaft ist keine Behauptung aufgestellt, es sei eine strafbare Handlung verübt, es ist vielmehr nur dem subjectiven Empfinden Ausdruck gegeben, dass Klägerischerseits eine Verletzung des Strafgesetzes vermuthet wird. Wenn ich z. B. der Staatsanwaltschaft zur Kenntniss bringe, dass N. N. eine Fensterscheibe in meiner Wohnung zerschlagen hat und dabei die subjective Meinung ausspreche, es liege Brandstiftung vor, so kann doch gegen mich der Vorwurf nicht gemacht werden, ich habe N. N. wider besseres Wissen des Verbrechens der Brandstiftung beschuldigt.»

Wenn wir die schriftlichen Erzeugnisse H.'s durchlesen, fällt uns ausser dem oben Gesagten noch die stets wiederkehrende Aeusserung des schon erwähnten krankhaft gesteigerten Selbstgefühls, des Grössenwahnes auf. An zahlreichen Stellen hebt H. die gründlichen Kenntnisse hervor, die er sich durch jahrelanges Studium der Rechte erworben hat und stellt in einen Gegensatz zu sich die heutigen Richter, die vom Gesetze gar nichts verständen, deren Beschlüsse ihn mit «Wehmuth erfüllen» und sein «mitleidiges Lächeln» wachrufen. In vielen Eingaben fällt der väterlich belehrende Ton auf, den er dem Gericht gegenüber anschlägt. Auch die höheren Instanzen fühlt er sich gemüssigt, auf ihre Pflichten hinzuweisen. Richter, Aerzte, Behörden müssen es sich gefallen lassen, ihren Verstand, ihre Kenntnisse, ihren Charakter von ihm bemängelt zu sehen. Zahlreiche Stellen geben davon Zeugniss Bl. 76, 91, 92 etc., ferner Bl. 96: «ich erachte mich nur Gott verantwortlich! Ich beuge mich nur der geistigen Ueberlegenheit und dem Gesetz als der zum Ausdruck gebrachten Willensmeinung der Volksmajorität! Ich erkenne keinerlei Autorität an und bin der Meinung, dass die Beamten als nothwendiges Uebel lediglich des wertherzeugenden Volkes wegen vorhanden sind und nicht das Umgekehrte stattfindet. Weil es viel leichter ist, sich an der Staats- oder Gemeindekrippe nährend,

Digitized by Google

mit zunehmender Altersgraue auf der Rangstufenleiter bis zum Wirklichen Geheimen Oberregierungsrath zu gelangen, als in freier Concurrenz einen Käsehandel zu betreiben.» An anderer Stelle spricht er von dem «heruntergekommenen verjudeten Richterstand, der seine eigene Unfähigkeit und Unkenntniss des Rechtes hinter drakonischen Urtheilen und durch Schleichwege zu verdecken sucht», oder in einem Briefe an mich: «meine Meinung von den Richtern in Deutschland, die ich mit Millionen Deutschen theile, ist die: das Gefühl der wissenschaftlichen Unzulänglichkeit bedrückt die Richter, sie wollen imponiren. Nachdem sie durch wissenschaftlich begründete Urtheile und Entscheidungen nicht imponiren können, wollen sie durch Machtmittel einschüchtern, die ihnen in den Justizgesetzen in unverantwortlicher Weise eingeräumt sind.» Oft gefällt sich sein Selbstgefühl auch nur in dem hohlsten Phrasenklingel und plattestem Renommiren Bl. 91: «Ich entstamme einem seit Jahrhunderten in der Leipziger Ebene ansässigen, freien Geschlecht, welches weder durch Slavenblut noch durch Judenblut verschandelt ist. Ich repräsentire den knorrigen Schlag der Teutschen, habe mir in Europa und Asien den Wind um die Nase wehen lassen» etc.

Hervorgehoben wurde schon die entschieden krankhaft gesteigerte Reizbarkeit, die weniger auffällt, wenn man mit dem Kranken über ihm ferner liegende gleichgiltige Dinge spricht, die aber deutlich zum Vorschein kommt, wenn die Dinge berührt werden, um die sich sein ganzes Denken dreht. nämlich seine Rechtshändel. Auch wurde oben schon verschiedentlich angedeutet, wie diese Reizbarkeit auf sein Handeln einwirkt und wohl oft der Grund dafür ist, dass die ruhige Ueberlegung bei seinen Handlungen verdunkelt wird.

Sehr richtig bezeichnet H. seinen Standpunkt selbst in einem Brief vom 4. 3. 96: «Ich stehe vollständig auf dem Standpunkte der demokratischen Römer, die nicht nur wegen der angetasteten Substanz, sondern auch wegen des verletzten Rechtes kämpften.» Der Unterschied ist nur der, dass in seinem Fall das Recht eben nur nach seiner wahnhaften Meinung verletzt ist. Aus dem ganzen Verfahren des H. gewinnt man den Eindruck, dass es ihm weniger um einen endlichen Sieg, als vielmehr um den Kampf, um das Processiren selbst zu thun ist. In diesem Sinne ist es auch sehr charakteristisch für den vorliegenden Krankheitsfall, dass H. mit seinen eigenen Processen nicht einmal genug hat, sondern auch noch andere, z. B. Frau Er. zum Processiren anstiftet und ihr mit Rath und That beisteht.

Bezeichnend ist auch sein Verhalten den Aerzten und deren Gutachten gegenüber. Er läuft von einem Arzte zum andern, spielt einen gegen den andern aus. Die Gründe und Einwendungen der gegen ihn entscheidenden Gutachten werden ignorirt; es werden so lange von ihm Gutachten gefordert und selbst eingeholt, bis eines oder das andere nach seinem Wunsche ausfällt. Ist das Gutachten für ihn ungünstig, so ist sein Verfasser entweder ein Ingnorant oder ein Schurke.

Digitized by Google

Zum Schlusse möchte ich noch einmal auf den unter II geschilderten Lebenslauf des H. hinweisen. Schon rein äusserlich betrachtet, erweckt er den Eindruck, dass man hier eine ungewöhnliche Entwicklung der Geschicke eines Menschen vor sich hat. Auffallend ist schon das Unstäte seiner Lebensführung, er ist bald hier, bald da, nirgends fasst er festen Fuss, nirgends kommt er zu einer geregelten, sicheren Thätigkeit, nirgends scheint er mit seiner Umgebung auszukommen, überall gibt es Krakehl, spinnen sich Processe gegen ihn an. Betrachtet man aber den speciellen Inhalt seiner Lebensführung, so tritt auch darin wieder deutlich der Einfluss seines Beziehungs- und Beeinträchtigungswahnes hervor. Vergleichen wir ausserdem die in seinem Lebenslauf angegebenen Daten mit den am Schluss von II erwähnten Vorstrafen, so tauchen uns doch Zweifel bezüglich der Reproductionstreue des H. auf, wenigstens soweit sie die Jahresdaten betrifft, denn die von ihm eingenommenen Stellungen wollen sich unserer Meinung nach zum Theil doch nicht gut mit den über ihn zur selben Zeit verhängten Strafen vertragen.

IV.

Fassen wir das Ergebniss der vorstehenden Beweisführung zusammen, so glaube ich den Nachweis geführt zu haben, dass es sich im vorliegenden Falle um ein Krankheitsbild handelt, dessen wesentliche Charakterzüge kurz in Folgendem bestehen — ich bediene mich dabei wieder der Worte Kraepelin's (Psych. V., pag. 672 ff.), die den prägnantesten und treffendsten Ausdruck dafür bilden: «Den Grundzug im Krankheitsbilde liefert hier die Vorstellung der rechtlichen Benachtheiligung und der leidenschaftliche Drang, gegen das vermeintliche erlittene Unrecht bis auf das Aeusserste anzukämpfen. Was den Querulanten kennzeichnet, ist der Mangel an Verständniss für das wirkliche Recht, die einseitige Betonung der persönlichen Interessen gegenüber dem höheren Gesichtspunkte des allgemeinen Rechtsschutzes. — Ihre tiefere Grundlage hat die Entwicklung einer derartigen schiefen Auffassung immer in einer Unzulänglichkeit des Urtheils. Sie zeigt sich namentlich in der vollkommenen Unbelehrbarkeit dieser Kranken, selbst die handgreiflichsten Beweisstücke machen nicht den geringsten Eindruck auf sie, ja sie werden gar keiner eigentlichen Prüfung gewürdigt. — Die Auffassung und das Gedächtniss erscheint zunächst ungestört . . bei eingehender Prüfung findet man jedoch sehr häufig, dass der Kranke den Sinn seiner Ausführungen durchaus nicht verstanden hat und die klarsten Sätze in ganz verschrobener Weise ausdeutet, sogar in ihr Gegentheil verkehrt. — Die Besonnenheit des Kranken ist dauernd ungetrübt, die Ordnung seiner Gedanken erhalten. Niemals aber wird man eine sehr grosse Eintönigkeit seines Vorstellungsinhaltes vermissen. — Eine regelmässige Begleiterscheinung des Querulantenwahnes ist das stark gehobene Selbstgefühl. Die Kranken halten sich für hervorragend tüchtig und rechtlich, blicken daher unter allen Umständen auf ihre Gegner herab. — Ausnahmslos finden wir ferner eine bedeutende Steigerung

Digitized by Google

der gemüthlichen Erregbarkeit. — Diese Leidenschaftlichkeit in Verbindung mit der Unbelehrbarkeit ist es auch, welche dem Handeln des Kranken den eigenartigen Stempel aufdrückt. Er ist nicht im Stande, sich nach Erschöpfung der gewöhnlichen Rechtsmittel bei der endgiltigen unabänderlichen Entscheidung zu beruhigen. Ohne jedes Verständniss für die völlige Nutzlosigkeit, ja die sicheren schweren Folgen weiterer Schritte, sucht er um jeden Preis und mit allen Mitteln den Sieg im Kampfe um sein vermeintliches Recht zu erzwingen. — Im weiteren Verlaufe der Krankheit stellt sich regelmässig eine deutliche Zunahme der geistigen Schwäche ein.»

Ich behaupte nun, dass sich das vorliegende Krankheitsbild in allen Punkten mit dem eben geschilderten deckt, dass H. an Querulantenwahn leidet, einer speciellen Form der chronischen Paranoia, was ich schon in meinem Gutachten vom 18. März 189. festgestellt habe.

Der Satz meines damaligen Gutachtens: «Die Folge davon wird sein, dass H. sich unausgesetzt in seinen Rechten beeinträchtigt fühlen und daher in stete Conflicte mit Behörden und Gerichte gerathen wird» haben die seit der Abgabe jenes Gutachtens eingetretenen Ereignisse bestätigt.

Der Schlusssatz des Gutachtens: «Der Zustand ist unheilbar und lässt vormundliche Fürsorge für H. als geboten erscheinen», rechtfertigt sich aus der Diagnose und aus dem vorigen Satze, bedarf also keines besonderen Beweises.

Das Oberlandesgericht hat dann, indem es hervorhebt, dass den übrigen von H. beigebrachten ärztlichen Gutachten keinerlei Beweiskraft beizumessen sei, auf Grund meines Gutachtens die Berufung H.'s zurückgewiesen und damit seinen Antrag auf Aufhebung des Entmündigungsbeschlusses definitiv abgelehnt.

M. H.! Ich halte es für wesentlich, den Fällen unserer Gegner, in denen angeblich Geistesgesunde widerrechtlich in Anstalten eingesperrt worden sein sollen — NB. ist in nicht einem einzigen Falle die geistige Gesundheit bewiesen worden — solche Fälle gegenüber zu stellen, wie den eben betrachteten. Es ist nur einer von den vielen, in denen wie hier ein thatsächlich Geisteskranker für seine unter dem Einflusse seiner geistigen Störung begangenen Handlungen verantwortlich gemacht wurde und Monate oder Jahre seines Lebens in Gefängnissen zugebracht hat. Nur wenn dem grossen Publicum auch derartige Fälle zugänglich gemacht werden, wird es sich dem Geschrei der Gegner unseres Irrenwesens gegenüber etwas kritischer verhalten.

Digitized by Google

Sitzung vom 13. December 1898.

Vorsitzender: Curschmann, dann Bahrdt;
Schriftführer: Braun.

I. Zu Schriftführern für das Jahr 1899 wurden die Herren Braun und Windscheid, zum Cassenführer Herr Arnold Schmidt wiedergewählt.

II. Herr **Friedemann** stellt einen jetzt 1¾ Jahre alten, normal entwickelten Knaben vor, welcher von ihm bei gelegentlicher Untersuchung im Alter von 4 Monaten mit einem angeborenen Herzfehler behaftet gefunden wurde. Constante Symptome desselben sind: Systolisches Schwirren an der Herzspitze und (am stärksten) im rechten II. Intercostalraum, systolisches Geräusch schwach an der Herzspitze, stärker werdend auf dem ganzen Sternum, am stärksten im rechten II. Intercostalraum dicht neben dem Sternum; Schwirren und Geräusch werden gut bis in die Carotiden fortgeleitet. Neben dem Geräusch hört man sehr deutlich beide Herztöne, beide Pulmonaltöne und den II. Aortenton. Es besteht leichte Hypertrophie des linken Ventrikels und leichte Pulsbeschleunigung.

Der Herr Vortragende stellt, nach eingehender Erörterung der Differentialdiagnose, die Diagnose auf: **angeborene, wahre linksseitige Herzstenose**[1]) und erläutert die anatomischen Grundlagen der Erkrankung durch die publicirten Abbildungen der Fälle von Leyden, Lauenstein, Lindmann, Dilg.

(Ausführliche Mittheilung wird im Jahrbuch für Kinderheilkunde erfolgen.)

III. Herr **J. Lange: Compression der Trachea durch die hyperplastische Thymus.**

M. H.! Vor Kurzem habe ich einen Fall von säbelscheidenförmiger Compression der Trachea durch die übergrosse Thymus im Jahrbuch für Kinderheilkunde publicirt. Der Zufall hat mir

[1]) Erster im Kindesalter überhaupt diagnosticirter Fall, welcher als Beweis dienen kann, dass sicher ein Theil der wahren linksseitigen Herzstenosen angeborenen Veränderungen seine Entstehung verdankt.

Digitized by Google

vor wenigen Wochen einen sehr ähnlichen Fall in die Hände gespielt. Es handelt sich um ein 4monatliches Kind, das ca. 14 Tage lang an Stimmritzenkrampf erinnernde Anfälle hatte, die aber weder durch Bromkali, noch durch Phosphor zu beeinflussen waren. Der einzige Anfall, den ich wenige Tage vor dem Tode beobachten konnte, unterschied sich aber sehr wesentlich von Spasmus glottidis durch nur sehr verlangsamte (13 in der Minute), aber sägende, regelmässige Respiration. Allerdings waren dabei Blauwerden, Einschlagen der Finger und klonische Zuckungen der Extremitäten vorhanden. Der Anfall dauerte ca. 3—4 Minuten. Nebenbei entwickelte sich eine mässige Bronchitis.

Wenige Tage später verstarb das Kind im Anfalle.

Die Obduction ergab eine sehr grosse Thymus, ca. 8 cm lang, 5½ cm breit und 2 cm dick, die mit dem Herzbeutel fest verwachsen war, ein kolossal hypertrophisches Herz, mit speciell sehr stark hypertrophischem und dilatirtem linken Ventrikel und eine mässig starke Bronchitis. Die Trachea wurde herausgenommen und fixirt, danach mit Wood'schem Metall ausgegossen. Der Ausguss zeigt deutlich eine starke Abflachung im unteren Drittel! (Demonstration des Abgusses.) Die Hypertrophie des linken Ventrikels ist meiner Ansicht nach ebenfalls durch den Druck der Thymus auf die Aorta ascendens zu erklären. Nephritis, sowie Affectionen der Herzklappen etc. waren nicht vorhanden.

IV. Herr **J. Lange** hält einen Vortrag über **Myxoedem im Kindesalter.**

Vor fast genau 25 Jahren überraschte der englische Arzt Gull die medicinische Welt durch Aufstellung einer neuen Krankheit. Am 24. October 1873 demonstrirte er in der Clinical Society eine ältere Frau, die eine eigenthümliche Veränderung der Haut, an Oedem erinnernd, verbunden mit Störungen der psychischen Functionen, zeigte. Auf Grund dieses Falles, sowie von vier weiteren Beobachtungen, die er in kurzer Zeit machen konnte, bezeichnete er die in Frage stehende Affection als «einen im höheren Alter acquirirten cretinoïden Zustand.» Wenige Jahre später hatte Ord zwei weitere Fälle publicirt, einen derselben mit Obductionsbefund. Ord wies hierbei nach, dass die Veränderung der Haut auf einer eigenthümlichen Infiltration derselben mit einer mucinähnlichen Substanz beruhe und schlug für die Krankheit den Namen «Myxoedem» vor. Nebenbei war bei der Obduction ein Mangel der Schilddrüse aufgefallen. — Selbstredend handelte es sich nicht um eine neue Krankheit, nur war bisher Niemand darauf gekommen, einen neuen Krankheitstypus aufzustellen.

Die englischen Autoren waren längere Zeit fest davon überzeugt, dass es sich um eine dem weiblichen Geschlechte im

Digitized by Google

höheren Alter eigenthümliche Krankheit handele, aber sehr bald konnte Charcot als Erster zeigen, dass auch Männer befallen werden können, auch er hatte schon derartige Fälle lange vor Gull als «Cachexie pachydermique» demonstrirt. Bereits 1880 wurde von Bourneville und Olier zum ersten Male mit Sicherheit der Nachweis geliefert, dass die Erkrankung schon in früher Jugend beginnen könne. Zehn Jahre später vermochte Bourneville bereits 25 Fälle von infantilem Myxoedem, davon 9 eigene Beobachtungen, zusammenzustellen. Hiervon waren 9 zur Zeit der Beobachtung bereits über 16 Jahre alt, 11 unter 10 Jahren, 6 unter 5 und nur einer 5 Monate alt. Die Obduction war 5 mal gemacht worden und hatte stets Mangel der Schilddrüse ergeben, wie auch bei den Lebenden durch Palpation keine Spur einer Thyreoidea nachgewiesen werden konnte. Ich möchte noch zu dieser Zusammenstellung erwähnen, dass von den 25 Kranken nur 15 weiblichen, 10 männlichen Geschlechts waren.

Ich will nur kurz der für die Aetiologie des Myxoedems so ausserordentlich wichtigen Arbeiten J. Reverdin's und Kocher's gedenken, die mit absoluter Sicherheit den Beweis lieferten, dass nach operativer Entfernung der Schilddrüse, resp. nach totalen Kropfexstirpationen, sich ein dem Myxoedem vollständig gleichwerthiges Krankheitsbild entwickelte, das von dem Einen als «Myxoedème operatoire», vom Anderen als «Cachexia strumipriva» bezeichnet wurde. Aber bereits 1859 hatte der Physiologe Schiff bei Hunden nach Exstirpation der Schilddrüse einen eigenthümlichen Symptomencomplex geschildert, der in Bälde unter klonischen Krämpfen zum Tode führte. In Folge der Reverdin-Kocher'schen Publicationen nahm er 1884 die Untersuchungen wieder in grösserem Maassstabe auf, und zwar mit denselben Ergebnissen. Eine grosse Menge von Nachprüfungen ergaben gleiche Resultate, die Schiff bereits zu folgenden Schlüssen führten: 1. Carnivoren und Omnivoren gehen bald nach totaler Entfernung der Schilddrüse unter Apathie, Somnolenz, Sinken der Eigenwärme, Tremor und unsicheren Bewegungen, schliesslich unter tonisch-klonischen Krämpfen und Dyspnoë zu Grunde; 2. Pflanzenfresser vertragen die Operation gut und werden nicht krank und 3. auch für die Fleischfresser wird der Eingriff ungefährlich, wenn man vorher eine Schilddrüse derselben Thiergattung in die Bauchhöhle des Versuchsthieres implantirt hat. Nur der zweite Satz Schiff's ist insofern von seinen Nachfolgern rectificirt worden, als auch Pflanzenfresser unter ähnlichen Sym-

Digitized by Google

ptomen eingehen, wenn man die accessorischen Schilddrüsen mit entfernt hat — aber der Verlauf ist ein viel langsamerer.

Wir sind jedenfalls nach den Ergebnissen der Forschungen fast sämmtlicher Autoren heute in der Lage, annehmen zu müssen, dass die Schilddrüse ein eminent lebenswichtiges Organ — wenigstens für fleischfressende Thiere darstellt, dass aber auch für den Menschen der Verlust derselben zu schweren Störungen sowohl auf somatischem als auch psychischem Gebiete führt. Die Gegner dieser Anschauung, an ihrer Spitze Munk, stehen jetzt doch ziemlich isolirt da.

Die dem ausgebildeten Myxoedem aller Altersstufen eigenthümlichen Symptome sind in Kürze folgende: die Haut und deren Adnexe, Haare und Nägel, sind auf den ersten Blick am auffallendsten verändert. Die Haut ist allgemein verdickt, wie oedematös, sieht dabei eigenthümlich transparent, wie gefroren aus, dabei ist sie vollständig trocken, eine Schweisssecretion ist in ausgesprochenen Fällen überhaupt nicht vorhanden. Eine Delle ist aber durch Druck nicht zu erzielen, ebensowenig ergibt eine Punction oder ein Schnitt in die Haut eine nennenswerthe Serumabsonderung, wie bei Anasarka. Das Colorit der Haut ist blass, wachsartig, dieselbe fühlt sich kühl an und schuppt an vielen Stellen etwas ab. Der Gesichtsausdruck ist durch die starke Hautverdickung und zum Theil auch durch die Apathie starr, zuweilen fast unbeweglich, die Augenlider hängen schwer herab und sind meist bläulichroth verfärbt; der Mund erscheint mit den gewulsteten Lippen auffallend gross. Die Zunge ist stark verdickt, hängt vielfach aus dem Munde hervor und auch die Mundschleimhaut, ja selbst die des Larynx ist verändert, die Stimme daher fast stets rauh und heiser. Die Partien am Halse sind besonders stark gedunsen, ebenso die äusseren Genitalien; die Extremitäten sind plump, zuweilen fast elephantiastisch. Die Haare sind trocken, brüchig, glanzlos, ähnliche Veränderungen weisen die Nägel auf. Die Bewegungen sind träge, ungeschickt, das Wesen missmuthig. Gleichzeitig hat sich die frühere Energie und Intelligenz abgestumpft, um schliesslich in complete Idiotie und Verblödung auszugehen. — Die vegetativen Functionen sind meist ungestört, während Sprache und Gang deutlich erschwert sind. Die Eigenwärme ist herabgesetzt, die Herzthätigkeit scheinbar geschwächt, der Puls verlangsamt, weich. Ferner ist der Geschlechtstrieb meist verringert oder ganz erloschen. Der von der Krankheit Befallene ist zum vollständigen Cretin geworden.

Digitized by Google

Nun, meine Herren, bei der angeborenen, respective infantilen Form kommen nun noch eine Reihe von Momenten hinzu, die dem Krankheitsbild einen ganz besonderen Stempel aufdrücken. Wie zu erwarten, handelt es sich um ein Hinzutreten von Entwicklungsstörungen in geistiger und körperlicher Beziehung, die um so mehr in die Erscheinung treten, je früher die Erkrankung auftritt.

Von den körperlichen ist es hauptsächlich das gehemmte Längenwachsthum, das in's Auge fällt. Es kommt zu echtem Zwergwuchs. Aber auch die Schädelknochen wachsen nicht mit, die grosse Fontanelle kann bis in's späte Alter offen bleiben, die Gesichtsknochen wachsen nur wenig, die Wirbelsäule bleibt schwach, die Kinder können erst sehr spät sitzen und besonders die Zähne erscheinen sehr spät, zuweilen erst im dritten oder vierten Jahre. Der Leib ist meist froschartig aufgetrieben, sehr häufig findet sich eine Nabelhernie. Die Genitalien bleiben unentwickelt, die Menstruation bleibt aus oder zeigt grosse Unregelmässigkeiten. Auch die geistigen Fähigkeiten entwickeln sich nur sehr langsam, resp. bleiben auf der kindlichen Entwicklungsstufe stehen. Oefters besteht nebenbei Reizbarkeit und Jähzorn, oder vollständige Idiotie.

Gestatten Sie, dass ich Ihnen in gedrängter Kürze die Krankengeschichte der beiden von mir beobachteten Fälle vortrage:

Den ersten Fall, Liddy Sch., habe ich Ihnen bereits am 14. December 1897 in Kürze demonstrirt, ich kann mich ganz kurz fassen. Ausser dem recht typischen cretinoiden Aussehen, wäre speciell zu erwähnen, dass das Kind bei der ersten Untersuchnug im Alter von 14 Monaten nur 2 Schneidezähne aufwies, nie gelacht hatte, nicht sitzen konnte und nur rauhe unarticulirte Laute von sich gab. Die Schilddrüse war nicht palpabel, nur links vom Ringknorpel war ein kleinerbsengrosser verschieblicher Körper, der vielleicht als Drüsenrudiment anzusprechen wäre. Ich zeige Ihnen eine Photographie (Fig. 1) des Kindes, die vom Januar dieses Jahres stammt. Von Stehen ist nicht die Rede gewesen, die Mutter musste das Kind vollständig halten. Das Kind bekam bis zum 14. Monate nur Brust; Körperlänge 62 cm, Gewicht = 8020 g. Die grosse Fontanelle war weit offen, sonst von Rachitis keine Spur. Der Verlauf war kurz folgender: Nach 3monatlicher Behandlung, erst mit Thyreoidintabletten, dann mit Phosphorleberthran, lacht das Kind zum ersten Male, im Alter von 1 Jahr 8 Monaten sagt es «Mama», während die körperliche Entwicklung sehr schlecht bleibt. Vom 14. I. bis 17. II. 1898 bekommt es nun Thyraden-Knoll, 0,05 bis 0,1 3mal täglich, im Ganzen 90 Dosen. Das Gewicht war bis auf 9980 g gestiegen, ging während der Thyradenbehandlung aber

Digitized by Google

bis auf 9540 g zurück, offenbar durch Schwinden der Oedeme. Anfang Mai hat Patientin 8 Zähne, acquirirt einen sehr heftigen Keuchhusten, der in ca. 6 Wochen abheilt. Interessant war das Auftreten eines zweiten Keuchhustengeschwüres, ausser dem typischen am Frenulum linguae, auf dem Zungenrücken, erklärlich durch die Makroglossie. Anfang Juni schwitzt das Kind zum ersten Male, nachdem 10 Tage lang Thyreoidinum siccum, 0,1 1 mal täglich gegeben war. Die Temperatur betrug jetzt 37,4° im Rectum, während sie vorher stets unter 37,0° war und bis 36,2° herabging. Die Pulsfrequenz schwankte zwischen 76 und 80. Am 10. VI. Körperlänge 69 cm. Während der nun 5 Wochen dauernden Thyreoidinbehandlung bessert sich der Zustand ganz deutlich: Die Haut ist der normalen viel ähnlicher, ist warm, feucht, elastischer, Haare und Nägel immer noch spröde und trocken. Das Kind deutet mit dem Finger, spielt, sagt aber nur «Mama» und «Nein». Zu Anfang August, von welchem Zeitpunkt diese zweite Photographie (Fig. 2) herstammt, steht das Kind am Stuhle, kann aber noch nicht frei sitzen! Seitdem hat sich nicht sehr viel geändert.

Fig. 1.

Der zweite Fall, Martha K., ½ Jahr alt, wurde am 30. IV. 1898 in die Poliklinik gebracht. Es handelt sich um das erste Kind gesunder Eltern, das ziemlich 4 Monate lang gestillt und seitdem mit Milch und Haferschleim aufgezogen wurde. Schon bei der Geburt war die gedunsene Haut des Kindes der Mutter aufgefallen. Das Kind macht auf den ersten Blick den Eindruck eines Cretinen! Die Stirn ist niedrig, die Nase an der Wurzel eingedrückt, die Nasenlöcher weit geöffnet, der Mund gross, die stark verdickte Zunge stets zu sehen, die Augenlider verdickt, geröthet, die Haut eigenthümlich schlaff-oedematös, nicht transparent, die Mutter sagt «wie gläsern». Das Kind hat nie geschwitzt und nie gelacht. Ausser geringer Craniotabes keine Rachitis. Auch hier eine circa wallnussgrosse Nabelhernie. Der palpirende Finger spürt keine Spur einer Schilddrüse. Gewicht 4160 g. Körperlänge = 52 ccm. Diese erste Photographie (Fig. 3) ist am 6. V. aufgenommen. Nach vierwöchentlicher Beobachtung, die ein starkes Schwanken der oedematösen

Digitized by Google

Hautinfiltration zeigte, wurde vom 25. V. ab Thyreoidinum sicc. 0,05 einmal täglich gereicht. Die Temperatur im Rectum betrug 36,5° C. Am 1. VI. ist die Temperatur zum ersten Male auf 37,2° gestiegen, Puls 124. Das Kind ist munterer, lebhafter, soll seit vorgestern mehrfach gelacht haben. Appetit, Schlaf und Stuhl gut. Am 8. VI. Unruhe seit mehreren Tagen, sehr wenig Schlaf. Temperatur 37,8°, Puls 140, da keine Ursache für die Temperatursteigerung nachzuweisen, wird das Thyreoidin nur jeden zweiten Tag gegeben. Trotzdem besteht am 15. VI. grosse Unruhe. Harn ohne Eiweiss. Dabei Allgemeinbefinden bedeutend besser, Haut viel normaler, Oedeme fast ganz verschwunden, die Haut hängt an den Stellen früherer stärkerer Spannung jetzt in Falten. Es besteht noch keine Schweisssecretion. Die Stimme ist lauter, weniger rauh. Das Thyreoidin wird ausgesetzt. Temperatur 37,2°, Puls 120. 22. VI. Schwitzt seit 3 Tagen! Die Temperatur bleibt nun zunächst normal, das Kind nimmt zu, am 27. VII ist notirt: fängt an, den Kopf zu halten, am 3. VIII.: lacht viel. Vom 5. VIII. stammt dieses zweite Bild (Fig. 4) das den Gesichtsausdruck sehr gut wiedergibt. Ende August macht das Kind eine sehr heftige Magendarmerkrankung durch, seitdem schwitzt es wieder weniger, schliesslich gar nicht mehr. Am 14. IX. seit 2 Tagen wieder Auftreten von Oedemen, die bereits 3 Tage später auf Thyreoidin wieder zurückgehen. Schon vorher war eine immer mehr sich ausbreitende Furunculose entstanden. Dazu gesellte sich ein Prolapsus ani et recti, der auf der chirurgischen Abtheilung operirt werden musste, und am 15. X. starb das Kind. Auf das Obductionsergebniss komme ich noch kurz zurück.

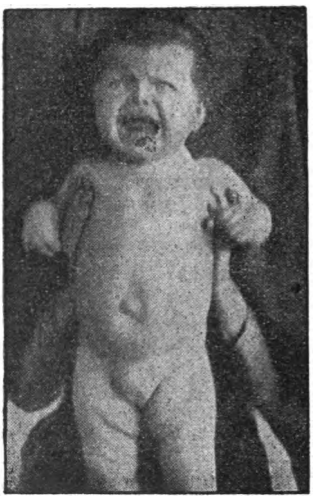


Fig. 2.

M. H.! Ueber die Aetiologie solcher Fälle ist heutzutage insofern kein Streit mehr, als man darüber einig ist, dass es sich bei dieser Gruppe von Zuständen — Myxoedem, Cachexia strumipriva, endemischer und sporadischer Cretinismus — stets um eine Unterdrückung der Schilddrüsenfunction handelt. Der Grund für diese Unterdrückung kann aber vielerlei sein. Beim operativen Myxoedem wird das Organ künstlich entfernt, beim endemischen Cretinismus kommt es gewöhnlich zu einer kropfigen Entartung der Drüse, die ebenfalls zur Functionsstörung führt — beim

Digitized by Google

Myxoedem der Erwachsenen und älteren Kinder handelt es sich um eine Atrophie der Drüse aus meist unbekannten Gründen —

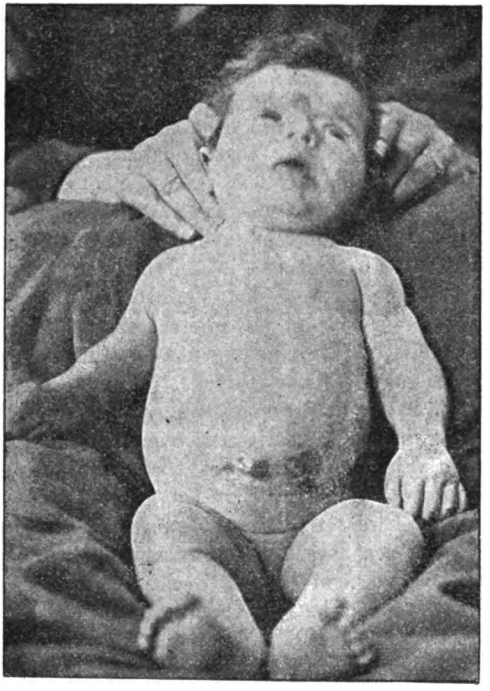


Fig. 3.

beim angeborenen Myxoedem, dem echten sporadischen Cretinismus, um einen congenitalen Defect oder um eine congenitale Functionsstörung der Schilddrüse. Ich weiss wohl, dass noch nicht alle Autoren vollständig übereinstimmen, aber die Einwürfe derselben sind meistentheils widerlegt, besonders durch die Arbeiten Kocher's.

Fig. 4.

Wie haben wir uns demnach die Thätigkeit der Schilddrüse vorzustellen? Es kann sich nur um

Digitized by Google

zwei Möglichkeiten handeln, entweder wird ein Secret producirt, das zur normalen Thätigkeit des Centralnervensystems und zur Entwicklung des Organismus, sowie zum Wachsthum unbedingt nothwendig ist, oder aber es zerstört dieses Secret im Blute kreisende Stoffwechselproducte, die nach Ausschaltung der Drüse als Autointoxication wirken. Diese letztere Annahme dürfte aus verschiedenen Gründen die richtigere sein. Wir sind besonders durch die Versuche von Breisacher und Anderen der Lösung dieser Frage näher gerückt. Diese zeigten, dass thyreidectomirte Hunde bei Ernährung mit Milch und gekochtem Fleisch längere Zeit relativ wohl blieben, während bei Fütterung mit rohem Fleisch, Fleischbrühe und gebratenem Fleisch Krämpfe und der Tod eintraten. Dem entsprechen ja auch die Ergebnisse Schiff's, dass nämlich Pflanzenfresser den Verlust der Drüse viel besser und länger ertragen können, als Fleischfresser. Demnach dürfte es nach den jetzigen Anschauungen am wahrscheinlichsten sein, dass es sich um gewisse stickstoffreiche Extractivstoffe des Fleisches handelt, die von dem präsumptiven, von der Schilddrüse gebildeten Körper im Blute gewissermaassen neutralisirt werden.

Gestatten Sie, dass ich die Diagnostik des angeborenen Myxoedems streife. Es ist nicht zu leugnen, dass die ausgeprägten Fälle ungemein charakteristisch erscheinen und ist besonders der Gesichtsausdruck der Kranken untereinander so ausserordentlich ähnlich, dass Bourneville mit Recht sagen konnte, « qui en a vu un, les a vu tous! » — Anders verhält es sich aber, wenn die Hautverdickung, das Myxoedem im engeren Sinne, weniger in die Erscheinung tritt. Es ist dieses nicht nur bei den « formes frustes », den verwischten Fällen der Franzosen der Fall, sondern es scheinen auch ohne bekannte Ursache mehr oder weniger periodische Schwankungen des Infiltrationsgrades der Haut stattzuhaben. Wenigstens konnte ich dieses an meinen beiden Kranken constatiren. Wenn man einen derartigen Patienten in diesem oedemarmen Stadium sieht, so ist bei etwas flüchtigerer Untersuchung allerdings eine Verwechslung mit Rachitis denkbar: ich erinnere bloss an die Unfähigkeit, zu sitzen, an die Kyphose, die Blässe der Haut, ferner die offene Fontanelle, den Mangel der Zähne — alles dieses kann eine Täuschung bewirken. Immerhin wird die auffallende Gleichgiltigkeit und Stupidität, der Mangel jedes Lächelns oder des Ausdrucks der Freude, zu denken geben. Die genauere Untersuchung zeigt dann aber, dass von weiteren rachitischen Veränderungen kaum die Rede ist, besonders ist keine

Digitized by Google

Extremitätenrachitis vorhanden. — Wenn also auch nicht gerade viele Fälle dem Arzt entgehen werden, so ist es doch wünschenswerth, ein objectives Symptom zu haben, das in zweifelhaften Fällen ausschlaggebend sein könnte. Es scheint nun, als ob in der Röntgendurchleuchtung ein derartiges diagnostisches Hilfsmittel gefunden sein dürfte. Es fand nämlich Langhans bei der Obduction von echten Cretinen, dass am Skelet der Kranken eine auffallend langsame Verknöcherung, resp. eine sehr lange Permanenz der Knorpeltheile sich nachweisen lässt und zwar speciell der Epiphysenknorpel. Langhans fand bei einem 14 monatlichen Cretin Permanenz der Knorpelfuge zwischen hinterem und vorderem Keilbein und Fehlen der Knochenkerne in der oberen Humerusepiphyse, und äussert die Ansicht, dass durch X-Strahlen vielleicht diagnostische Zweifel gelöst werden könnten. Offenbar ist ihm eine Publication von Hertoghe entgangen, der bereits ein Jahr vorher angibt, dass es sich um Rachitis handele, wenn sich das Skelet vollkommen verknöchert erweist, sieht man aber noch helle, also noch nicht ossificirte Knorpelscheiben, dann handelt es sich um Myxoedem und ist auf Thyreoidea Besserung zu erwarten. Bei Kindern unter einem Jahre würde dieser Nachweis allerdings noch nicht stricte zu führen sein. Sie sehen auf diesem Skiagramm der Hand (Fig. 5) des $2^1/_4$ jährigen Kindes Sch. das völlige Fehlen von Knochenschatten in der Handwurzel; die Bilder von Ranke[1]), die ich Ihnen vorlege, zeigen Ihnen die normale Ansicht derselben Theile im Röntgenbilde beim etwas älteren und etwas jüngeren Kinde. Es scheint fast eine Art von Antagonismus zwischen Rachitis und ausfallender Schilddrüsenfunction zu bestehen, wenigstens ist bei fast allen mir aus der Literatur bekannten Fällen von infantilem Myxoedem fast stets besonders darauf hingewiesen, dass keine Rachitis vorhanden gewesen sei.

Von besonderem Interesse ist eine Frage, die von verschiedenen Autoren, ich nenne nur Schech, angeschnitten worden ist. Letzterer behauptet nämlich, dass die Symptome des Myxoedems, resp. des sporadischen Cretinismus sich erst entwickeln können, wenn die Kinder entwöhnt würden. Er vertritt also den Standpunkt, dass das wirksame Princip der Schilddrüse durch die Muttermilch dem Säugling in genügender Menge zugeführt werde und ebenso leugnet er die Möglichkeit des angeborenen Myxoedems,

---

[1]) cf. diese Wochenschrift 1898, pag. 1365 etc.

Digitized by Google

da der placentare Kreislauf noch besser die Zufuhr vermittele. Nun, die beiden vorliegenden Fälle beweisen wohl, dass unter Umständen doch eine Erkrankung eintreten kann, denn das ältere Kind ist 14 Monate ausschliesslich an der Mutterbrust gelegen und die Krankheit hat sich sicher spätestens in den ersten Lebensmonaten entwickelt. Das jüngere Kind ist sogar nach der sehr bestimmt lautenden Aussage der Mutter bereits myxoedematös geboren worden, es soll so geschwollen gewesen sein, dass die Mutter zum Arzte ging, derab er erklärte, nichts Krankhaftes finden zu können. Erst als das Kind mit 6 Monaten noch nicht lachte und den Kopf noch nicht hob, brachte sie dasselbe in die Poliklinik.

Fig. 5.

Es sind derartige Fälle von echtem, angeborenem Myxoedem bisher nur in sehr geringer Anzahl beobachtet worden; so verfügt Bourneville über 4 Fälle, ferner haben Anderson, Lebreton und Vaquez und Andere über einzelne Fälle von angeborenem «Cretinisme sporadique» berichtet.

Wie man sich erklären soll, dass in einem Falle die Erkrankung erst nach der Entwöhnung einsetzt, — wie in der Mehrzahl der Beobachtungen — im anderen Falle beinahe intrauterin sich entwickelt, darüber vermag ich keinen Aufschluss zu geben. Darüber, dass es sich aber in allen diesen Fällen um angeborene Störungen handelt, sind wohl alle Autoren einig.

Mehr allgemeines Interesse beanspruchen die therapeutischen Beobachtungen. Ich will die Geschichte der Schilddrüsentherapie nicht aufwärmen und nur erwähnen, dass Schiff mit der Implantation der Drüse zuerst den Weg wies. Aber die nur sehr temporären Erfolge hatten bald zur Folge, dass eine anderweite Einverleibung versucht wurde, erst die von Murray inaugurirte subcutane Injection des Drüsenextractes, und dann 1892 die Verabreichnng per os durch Howitz, Mackenzie und Fox.

Digitized by Google

Anfangs gab man die frische Drüse, sehr bald Conserven der verschiedensten Art, schliesslich wurde eine Reihe von Präparaten, die alle das «einzig wirksame» Princip der Drüse darstellen sollten, in den Handel gebracht. Ich habe nach anfänglicher Behandlung mit Thyraden-Knoll und Jodothyrin-Bayer ausschliesslich das Thyreoidinum siccum von Apotheker Löwe-Leipzig, das bequem zu dosiren ist, gegeben.

Die Symptome, die sich zuerst bessern, sind die Eigenwärme, der Puls und die Hautinfiltration. Nach wenigen Tagen steigt die Körpertemperatur zur Norm, die Pulsfrequenz wird normal und die Verdickung der Haut geht unter starker Vermehrung der Harnmenge zurück, in einem Falle so stark, dass die Haut in Falten herabhing. Bei zu hoher Dosirung — mehrere Tage lang — stieg die Temperatur sogar zu subfebrilen Werthen, um nach Aussetzen des Medicamentes sofort herabzugehen. Nebenbei äusserte sich hochgradige Unruhe. Die tolerirte Dosis betrug beim 7—9 monatlichen Kinde schliesslich 0,05 g, jeden zweiten Tag nach der Flasche verabreicht, da bei täglichen Gaben deutliche Unruhe eintrat. Bei dem Kinde Sch. gab ich im Alter von 20 Monaten 0,05 Thyraden dreimal täglich, nach einigen Tagen 0,075 und dann 0,1, aber auch hier nach einigen Tagen grosse Unruhe, Hitze, häufiges Erblassen! Im Ganzen erhielt das Kind 90 Dosen à 0,05 bis 0,1 Thyraden.

Seit dieser Zeit erst deutliche Besserung.

Ende April wurde Keuchhusten acquirirt und unter Bromoformbehandlung recht schnell durchgemacht. Vom 10. Juni an bekam Patientin Thyreoidinum sicc. einmal täglich 0,1. Seitdem hat die Besserung angehalten. (Demonstration des Kindes.)

M. H.! In der Myxoedemliteratur sind mehrfache Beobachtungen mitgetheilt worden, wobei eine einmalige, sogar recht kurze Schilddrüsenbehandlung zu dauernder Heilung geführt haben soll.

In der grossen Mehrzahl der Fälle scheint aber eine fortgesetzte, oder doch wenigstens intermittirende Behandlung nothwendig zu sein, um befriedigende Ergebnisse zu erzielen. Es fragt sich hier, wie weit wir in dem besonderen Falle des angeborenen, resp. in den ersten Lebensmonaten erworbenen Myxoedems von einer Heilung reden können. Es kann hierüber nur eine jahrelange Beobachtung entscheiden. Nach dem, was mir bekannt ist, scheint denn doch die Intelligenz sich nur unvollkommen zu entwickeln, während die meisten Autoren eine zum Theil rapide

Digitized by Google

Beschleunigung des Wachsthums angeben. In meinen beiden Fällen ist wohl ein ziemlich promptes Erwachen der Intelligenz zu beobachten gewesen, aber dann ging es in der Weiterentwicklung recht langsam. Das Kind Sch. ist doch entschieden für sein Alter ausserordentlich zurückgeblieben. Auch was das Längenwachsthum betrifft, bin ich nicht befriedigt. Ich möchte demnach die Prognose in Bezug auf die vollständige Entwicklung des Körpers und des Geistes zum mindesten nur sehr vorsichtig stellen. Die später in Erscheinung tretenden Fälle scheinen günstigere Erfolge zu versprechen. Selbstredend wird eine vernünftige Erziehung, allgemeine Hygiene und speciell eine gute, besonders vegetabilische Ernährung, sowie eine sorgfältige Hautpflege die Behandlung unterstützen müssen.

Nicht genügend hervorgehoben finde ich die aus meinen Krankengeschichten hervorgehende cumulative Wirkung des Thyreoidins. Anfangs werden auch relativ grosse Mengen anstandslos vertragen, während plötzlich Unruhe, Erblassen, Schlaflosigkeit, Steigerung der Temperatur bis 37,8 und des Pulses bis 140 auftreten! Erst nach Aussetzen des Mittels ist ein Verschwinden dieser Symptome zu bemerken. An dem benutzten Präparat kann dieses nicht liegen, da ja auch nach den beiden anderen Präparaten und beim anderen Kinde analoge Störungen auftraten.

Schliesslich noch kurz ein Wort über den Obductionsbefund bei dem im Alter von 11 Monaten verstorbenen Kinde Martha K. — Auch hier schien auf den ersten Blick die Schilddrüse zu fehlen, wie Sie aber sehen, ist bei genauer Präparation eine wohl sehr kleine, aber doch ausgesprochene Drüse vorhanden. Als Vergleich gebe ich Ihnen hier eine Thyreoidea von einem an chronischem Darmkatarrh und schwerer Atrophie verstorbenen Kinde von 9 Monaten herum; Sie sehen, dass letztere reichlich doppelt so stark entwickelt ist[2]).

Im Uebrigen ergab die von Herrn Seiffert ausgeführte Section eine auffallende Entwicklung der Hirnwindungen, Permanenz der knorpeligen Keilbeinfuge, multiple Furunculose, acute septische Nephritis und eitrige Peritonitis.

Discussion: Herr Dolega macht einige Bemerkungen zur pathologischen Anatomie derartiger Fälle, wie sie der Herr

---

[2]) Die mikroskopische Untersuchung zeigt, dass die geschnittenen Theile des Drüsenrudiments ausschliesslich aus Fett und Bindegewebe bestehen; es handelt sich also auch in diesem Falle um einen Ausfall der Drüsenfunction.

Digitized by Google

Vortragende beschrieben hat. D. hat Gelegenheit gehabt, einen Fall von sporadischem Cretinismus auf dem hiesigen pathologisch-anatomischen Institut 1887 zum Gegenstand einer anatomischen Studie zu machen, welche in den Ziegler'schen Beiträgen zur pathologischen Anatomie erschienen ist[3]). Es handelte sich um ein im 28. Lebensjahre stehendes männliches Individuum, welches im Leben den Typus eines Cretins, und in der letzten Zeit eigenthümliches pastöses Verhalten der Haut, besonders des Gesichtes, mit hochgradigem Ekzem des Kopfes dargeboten hatte und unter den Erscheinungen allgemeiner Kachexie zu Grunde gegangen war. Aus dem Sectionsbefund war wichtig, dass die Schilddrüse so gut wie ganz fehlte und nur in einem Rudiment vorhanden war.

Die anatomische Untersuchung des Skelets ergab, dass dasselbe auf einem durchweg frühkindlichen Stadium sich erhalten hatte, und dass überall die embryonalen Knorpelepiphysen und Synchondrosen erhalten waren. Die mikroskopische Untersuchung zeigte an den letzteren Verhältnisse, welche an die foetale Rachitis erinnerten, aber nicht vollkommen mit denselben identisch waren. Da das Krankheitsbild des Myxoedem damals unter diesem Namen noch nicht bekannt war, gab D. damals der Vermuthung Raum, dass es sich um einen Fall von sporadischem Cretinismus handelte, bei welchem im Vordergrunde einer constitutionellen Schädigung des Gesammtorganismus die Wachsthumshemmung des Skelets stehe.

Gelegentlich eines Vortrages von Magnus-Levy über «Myxoedem und sporadischer Cretinismus» auf dem 15. Congress für innere Medicin in Berlin 1897 machte Dolega auf dieses eigenthümliche Verhalten des Skelets aufmerksam und hatte die Genugthuung, dass ihm Magnus-Levy späterhin bestätigte, dass die nachträgliche Durchleuchtung seines 28jährigen Patienten sehr deutlich einen analogen Befund, d. h. Erhaltensein der Synchondrosen, gezeigt habe.

Dolega möchte dem Herrn Vortragenden die Anregung geben, auch den von ihm vorgezeigten Fall auf dieses Verhalten hin einmal untersuchen zu lassen.

Herr Tillmanns erwähnt einen Fall von Myxoedem in Folge von angeborenem Mangel der Schilddrüse bei einem jetzt 8jähr. Knaben, bei welchem er seit 5 Jahren Schilddrüsenfütterungen anwendet. Es wurde theils frische Schilddrüse vom Kalb oder Hammel gegeben, theils wurden die verschiedenen Arten der Schilddrüsentabletten abwechselnd angewandt, in letzter Zeit besonders die Thyradentabletten. Die Schilddrüsentherapie wird gegenwärtig immer noch fortgesetzt. Im Allgemeinen wurde frische Schilddrüse besser vertragen, als die Tabletten, nach letzteren traten zuweilen Vergiftungserscheinungen vorübergehend auf. Der Kranke ist durch die Schilddrüsenbehandlung wesentlich gebessert, er kann jetzt stehen und gehen, die Sprache hat sich etwas ent-

[3]) «Ein Fall von sporadischem Cretinismus, beruhend auf einer primären Hemmung des Knochenwachsthums». Ziegler's Beiträge z. path. Anat. Bd. IX.

Digitized by Google

wickelt, der Intellect ist noch sehr gering, vor Allem aber ist der Kranke viel ruhiger geworden.

T. betont die Wichtigkeit der Blutuntersuchungen bei Myxoedem. Im vorliegenden Falle sind dieselben längere Zeit vorgenommen worden. Es zeigte sich, dass zuerst, als der Kranke vor 5 Jahren in Behandlung kam, der Haemoglobingehalt des Blutes und die Zahl der rothen Blutkörperchen sehr vermindert waren, letztere betrugen etwa 1/3 der Norm. Durch die Schilddrüsentherapie nahm die Zahl der rothen Blutkörperchen und der Haemoglobingehalt des Blutes stetig zu, so dass annähernd normale Verhältnisse erzielt wurden.

Digitized by Google

Sitzung vom 10. Januar 1898.

Vorsitzender: Herr Bahrdt. Schriftführer: Herr Braun.

Herr **Georg Abel**: **I. Vergleich der Dauererfolge nach Symphyseotomie und Kaiserschnitt.**

A. berichtet über 25 Symphyseotomien, an einer Patientin zweimal ausgeführt, und über 53 Kaiserschnitte, darunter an 11 Frauen zweimal, an 4 Frauen zum 3. Mal ausgeführt. Beobachtungsdauer für erstere Operation durchschnittlich $3\,^1/_2$ Jahre, für letztere $6\,^1/_2$ Jahre.

Die Symphyseotomie zeigt grosse Schwankungen der Reconvalescenz. z. B. für die Wiedererlangung des vollen Gehvermögens zwischen 5 Wochen und 10 Monaten. Je enger das Becken war, um so schlechter die Reconvalescenz.

In allen Fällen behielt die Symphyse eine Verschieblichkeit von $^1/_2$—$^3/_4$ cm, die an sich keine Beschwerden bereitet und deren Grösse auf die mehr weniger rasche Wiederherstellung ohne erkennbaren Einfluss war. Wichtiger hierfür ist die Verheilung der Weichtheilwunde, je glatter deren Heilung, desto rascher wurde die Arbeitsfähigkeit wiedererlangt. Ursache des Misserfolges sind meist Schmerzen; diese sind Folge der narbigen Verkürzung der vorderen Scheidenwand, letztere führt zu Störungen der Urinentleerung, sowie zu Retroflexio uteri.

Die Dauererfolge waren gute, alle Frauen sind voll arbeitsfähig geworden.

Die Heilung nach Sectio caesarea wird getrübt durch das häufige Herauseitern der Uterusnähte sowie durch die Verwachsungen zwischen Uterus und Bauchwand. Diese machen Beschwerden zur Zeit der Menses und besonders während der Schwangerschaft. In einem Fall beobachtete A. Zerreissung der überdehnten hinteren Uteruswand im 6. Schwangerschaftsmonat

Digitized by Google

in Folge sehr breiter fester Verwachsungen zwischen Uterus und Bauchwand. Zwei ähnliche Fälle aus der Literatur werden berichtet und darauf hingewiesen, dass auch nach Einführung exacter Kaiserschnittnaht Fälle von Uterusruptur in der Narbe berichtet wurden. — In 8 Fällen bildeten sich Hernien in der Laparotomienarbe.

Von den Symphyseotomirten sind 14 wieder schwanger geworden. Keine Beschwerden während der Gravidität. Nur in einem Falle musste die Symphyseotomie wiederholt werden. 7 Frauen haben seither alle Kinder, im Ganzen 11 ausgetragene Kinder ohne Kunsthilfe geboren. Offenbar schafft die Symphyseotomie Veränderungen des Beckens, welche die spätere Entbindung erleichtern. In ein Drittel der Fälle war eine geringe Verbreiterung der Symphyse durch eingelagertes Narbengewebe nachweisbar. Eine erneute Ueberdehnung der Symphysennarbe in partu findet nicht statt, ebenso wenig war eine erneute Schädigung des Gehvermögens oder der Beckenfestigkeit nachweisbar.

Die Wiederholung des Kaiserschnittes erhöht weder die Operationsgefahr noch lässt sie eine vermehrte Schädigung der Erwerbsfähigkeit erwarten.

Die Kaiserschnittkinder haben sich körperlich und geistig gut entwickelt.

II. Ist man berechtigt, bei absolut verengtem Becken die Frauen unfruchtbar zu machen?

Nach einem Ueberblick über die Stellung der Gynäkologen zu dieser Frage vor Einführung der Porro'schen Operation wie vor Einführung der Sänger'schen Kaiserschnittnaht fordert A. auf Grund der guten Erfolge des wiederholten Kaiserschnittes eine Einschränkung der präventiven Sterilisation. A. erwähnt die zahlreichen Misserfolge der hierbei angewendeten Methoden und befürwortet gegebenen Falls die Excision der Pars isthmica tubae.

Der Vortrag wird im Archiv für Gynäkologie erscheinen. (Selbstbericht.)

Discussion. Herr Sänger rühmt den hohen Werth der ausgezeichneten Untersuchungen des Herrn Abel. Ihn haben, wie er gestehen will, die guten Endresultate der Sympyseotomie überrascht. Er habe, was in der Natur seines Krankenmaterials liege, noch keine Gelegenheit gehabt, eine Symphyseotomie zu machen, er stehe aber dieser Operation in keiner Weise oppositionell gegenüber; sie werde die Sectio caesarea zwar niemals verdrängen, sei aber neben ihr berechtigt und ergänze sie. Zur

Digitized by Google

Uterusnaht benützt Herr S. feine Seide und zieht die Fäden nicht sehr fest an; auf die Nothwendigkeit der Vermeidung des Uteruslumens bei der Naht hat er wiederholt hingewiesen. Wesshalb nun gerade hier die Ausstossung von Seidenfäden so häufig beobachtet wird, liegt an den localen Verhältnissen: der Uterus verkleinert sich, die Nähte müssen also locker werden. Einmal eingeheilte Seidenfäden werden aber, wovon er sich öfters überzeugen konnte, resorbirt, die Schleifen schneller, die Knoten sehr langsam. Dass Catgut als Nahtmaterial des Uterus überaus gefährlich ist, ist durch zahlreiche publicirte und nicht publicirte Fälle erwiesen.

Die unbedingte Sterilisirung der Frauen mit hochgradig verengtem Becken hält er, wie Herr Abel, für unberechtigt, wird aber in einem Fall, wo die Patientin die Sterilisirung verlangt hat, sie auch ausführen. Er will das in der Weise machen, dass er nach Durchschneidung der Tuben an allen 4 Stümpfen die Schleimhaut nach innen umkrempelt und mit Peritoneum übernäht. Die von Herrn Abel erwähnte Excision der Pars isthmica tubae sei in Schauta's Klinik bereits geübt worden.

Herr Hennig bemerkt, dass man in früherer Zeit die Frauen dadurch zu sterilisiren versucht habe, dass man eine mit Höllenstein armirte Sonde per vaginam in den Uterus und die Tuben geschoben und die Tubenschleimhaut zur Verätzung gebracht habe.

Herr Zweifel dankt Herrn Abel für seine mühevolle und erfolgreiche Arbeit, welcher das Material der Leipziger Universitäts-Frauenklinik zu Grunde liegt. Der Umstand, dass die schweren Formen der Rachitis in Sachsen besonders häufig sind, bringt es mit sich, dass er bereits 34mal die Symphyseotomie ohne Todesfall und 67mal die Sectio caesarea mit einem Todesfall (wegen vor der Operation vorhandener Sepsis) ausführen konnte.

Was zunächst die Sectio caesarea anbetrifft, so ist nach seinen Erfahrungen der Querfundalschnitt nach Fritsch eine Methode, bei welcher in Beziehung auf Blutung kein Unterschied gegen den sagittalen Fundalschnitt besteht, welche vielmehr darin sogar ungünstiger gestellt ist, da man den Tubenansätzen mit ihren riesigen Gefässen noch näher kommt als beim gewöhnlichen Verfahren.

Bei der Naht des Uterus geht er so vor, dass er 2—3 feine Seidennähte legt, im Uebrigen aber die Uteruswunde mit Catgut schliesst. Seit er dies thut, hat er stets glatte Heilungen ohne Fadeneiterung gehabt. Die alleinige Catgutnaht hält auch er für gefährlich.

Bezüglich der Symphyseotomie erwähnt er, dass dieselbe in Deutschland noch viel zu schlecht beurtheilt werde. Er betont aber besonders, dass sie nur eine vorbereitende Operation sein solle, der eine spontane Geburt folgen müsse. Schlechte Resultate erhalte man, wenn nachträglich eine künstliche Beendigung der Geburt nothwendig sei. Wenn daher bei einer Gebärenden kräftige Wehen nicht vorhanden seien, ziehe er die Sectio caesarea vor.

Digitized by Google

Was nun die künstliche Sterilisirung der operirten Frauen anbelangt, steht Herr Z. auf dem gleichen Standpunkt wie Herr Sänger. Er halte sie nur dann für berechtigt, wenn besondere Gründe vorliegen, oder die Frauen sie direct wünschen. Als sicheres Verfahren zur künstlichen Sterilisirung ist erprobt worden: Doppelte Unterbindung mit Seide und Durchtrennung der Tuben in der Mitte ihrer Länge mit dem Thermokauter, Verschorfung der Schleimhaut und Uebernähen der Stümpfe, um das Peritoneum zusammen zu legen und in gegenseitige Berührung zu bringen. Bei einem solchen Verfahren liegt die Möglichkeit vor, später unter Umständen durch eine zweite Operation die Tubenenden wieder vereinigen und die Sterilität wieder beseitigen zu können.

Digitized by Google

Sitzung vom 24. Januar 1899.

Vorsitzender: Herr Curschmann. Schriftführer: Herr Braun.

Der «Agitationsbund für Thierrecht und Thierschutz» (Vorsteherin Frau Lilli Lehmann) hat der Gesellschaft eine Reihe die Vivisection betreffender Pamphlete zugeschickt: Die Gesellschaft nimmt mit Protest von dieser Zusendung Kenntniss.

Herr Curschmann erinnert an die im Januar 1829, also vor 70 Jahren erfolgte Gründung der Medicinischen Gesellschaft zu Leipzig, worauf Herr Winter einen kurzen Abriss der Geschichte der Gesellschaft gibt.

Herr **P. L. Friedrich** macht **Mittheilungen zur Hirnchirurgie**, welche in der Münch. med. Wochenschr. publicirt werden sollen.

Discussion: Herr Flechsig bemerkt, dass die Schwierigkeit der Diagnose der Hirntumoren nicht zum wenigsten dadurch bedingt werde, dass die Symptome individuell verschieden seien. Die Symptome einer Hirnverletzung, eines Tumors, hängen nicht bloss von der Oertlichkeit, sondern auch von den betroffenen Individuen ab. Ein Tumor, der auf die Centralwindungen drückt, macht das eine Mal Krämpfe, das andere Mal nicht. In gleicher Weise wirken auch chemische Reize, die das Hirn treffen, individuell verschieden, ein Theil der Potatoren wird epileptisch, wenn eine individuelle Anlage hierzu vorhanden war, ein anderer nicht, wenn die Prädisposition fehlte.

Digitized by Google

Sitzung vom 7. Februar 1899.

Vorsitzender: Herr Curschmann.
Schriftführer: Herr Braun.

Herr **Kockel** demonstrirt eine Anzahl **pathologisch anatomischer Präparate**:

1. **Hypertrophische Harnblase** mit multiplen Divertikeln und zwei facettirten Uratsteinen bei Strictur der Pars membranacea urethrae.

2. Hochgradige ältere **haemorrhagische Pachymeningitis interna.**

3. **Lobäre Pneumonie** mit stellenweise beginnender Verkäsung. Als Aetiologie der Pneumonie war bereits intravital Friedländer's Bacillus festgestellt worden; die partielle Verkäsung ist auf Aspiration tuberculösen Materials aus einer älteren, kleinen bronchiektatischen Spitzencaverne in die Bronchien der fibrinös entzündeten Lungentheile zurückzuführen.

4. Diffuses **Aneurysma** der Aorta ascendens, des Arcus und der Anfangstücke der aus dem Arcus entspringenden grossen Gefässe. Gleichzeitig bestand am Isthmus der Aorta nach hinten zu ein kinderfaustgrosses, sackiges Rupturaneurysma, das nach Berstung in die Speiseröhre zu einer tödtlichen Blutung geführt hatte. Bemerkenswerth erscheint, dass auch die dem vordrängenden Aneurysma gegenüberliegende Oesophaguswand eine tiefe Usur erkennen liess.

5. Genitalien, Leber und Nieren eines 27jähr. Mädchens, das einer anfänglich dunklen Vergiftung erlegen war. Leber und Nieren ähnelten in ihrem Verhalten sehr dem bei Phosphorvergiftung; auch zahlreiche Petechien auf den Serosen waren vorhanden.

Die Schleimhaut der Vagina war in ausgedehntem Maasse verätzt, von weisslicher, starrer Beschaffenheit, wie gegerbt. Die Darmschleimhaut war stark aufgelockert, die des Magens nur getrübt.

Da Arsen in dem 4 Tage vor dem Tode ausgeheberten Mageninhalt sowie in der Leber nachgewiesen wurde, konnte in Rücksicht auf die localen Veränderungen der Scheide mit grosser Wahr-

Digitized by Google

scheinlichkeit eine **Arsenvergiftung** von der Vagina aus angenommen werden.

Da anamnestische Angaben nicht vorlagen, konnte nur vermuthet werden, dass, wie in dem Falle von Brisken, Arsenik vielleicht als Abortivum in die Scheide eingeführt worden war.

Herr **Çurschmann** berichtet 1. über seine Erfahrungen mit einigen neuen **Morphinderivaten** und 2. über seine Erfahrungen mit den von französischen Autoren (Dastre, Laceraux u. A.) zur **Behandlung** von **Aneurysmen** und chirurgisch nicht zugänglichen Blutungen vorgeschlagenen **Gelatineinjectionen**. Er hat sie bisher in 14 Fällen von besonders schweren Blutungen versucht. 6 mal hat es sich um Magenblutungen gehandelt, 6 mal um Lungenblutungen, 1 mal um Darmblutung bei Typhus, 1 mal um eine Haemorhoidalblutung. Es wurden mehrere Tage hintereinander je 200 g der sterilisirten Gelatinelösung (Glycerin, Kochsalz, Wasser) subcutan bezw. intramusculär injicirt. In 13 dieser Fälle sistirte die Blutung auffallend schnell, Herr C. glaubt daher zu weiteren Versuchen in dieser Richtung auffordern zu sollen. Zur Verwendung der Methode bei Aneurysmen fand er noch keine Gelegenheit.

Herr **C. Hennig** sprach **über Haematocele tubaria.**

Die Blutergüsse im weiblichen Becken haben trotz ihrer grossen Bedeutung und nicht allzuschweren Diagnose verhältnissmässig erst spät die Aufmerksamkeit der Aerzte erregt. A. Voisin hat in seiner fleissigen Monographie (De l'hématocèle rétroutérine cet. Paris, Baillière 1860) die vor Nélaton's lichtbringender Untersuchung zerstreuten, bis zu Hippokrates hinaufreichenden Vorstudien, besonders Ruysch und Roonhusen hervorhebend, gesammelt. Bourdon bezeichnet 1841 Récamier als denjenigen Chirurgen, welcher einen Blutherd durch Einschnitt von der Scheide aus öffnete, ohne sich vorher um den Inhalt der Geschwulst besonders Sorge gemacht zu haben. Pessimistisch, fast drollig nimmt sich die Aeusserung Baudelot's (1858) aus, welcher die vorhandenen Beispiele zu sammeln unterlässt, «da sie doch Niemand lese».

Doch ragt Récamier schon hervor durch seine combinirte Untersuchung aus Scheide und Darm zugleich, wobei ihm die starren Wände des als Blutherd sich ergebenden Tumors auffielen. Einmal hatte Nélaton, wie Viguès 1850 berichtet, das Ungemach, bei Punction von der Vagina her den Mutterhals zu treffen: Tod an Verbluten aus einer Arterie folgte.

Digitized by Google

Der feine Diagnostiker Huguier schied die extraperitonealen, von Viguès verallgemeinerten Beispiele von den intraperitonealen (1851).

Richet stellte 1854 die ovarielle Haematocele auf; Devalz machte auf die klappenlosen weiblichen Beckenvenen aufmerksam; endlich bewies Scanzoni 1856 die Bedeutung der von Royer 1855 angedeuteten tubaren Blutungen.

Ch. West führte die diagnostische Punction ein. Solange man sich zwischen Blutungen ohne Verdacht einer Schwangerschaft bewegte, waren die menstruellen Anomalien von Belang; man achtete auf die Zeichen innerer Blutung: die Blässe, den kleinen, meist häufigen Puls, die Ohnmachten.

Oulmont warnt vor chirurgischem Eingriffe, was auch noch jetzt, ausser in dringenden Fällen (heftige Darm- oder Harnbeschwerden, Eiterung oder Jauchung im Blutsacke mit steigendem Fieber), festgehalten wird.

Nonat scheidet, wie Gallard bereits 1858, die auf Schwangerschaft ausser der Gebärmutter beruhende Haematocele von der nicht schwangeren und sticht die erstere an.

A. Martin spricht fast jede Haematocele circumuterina für extrauterine Schwangerschaft an — dies ist zuviel gesagt; Veit nahm früher nur gegen 30 Proc. der Haematocelen als gravid an. Gewiss ist, dass vor Nonat kaum vom graviden Ursprunge der tubaren Haematocele die Rede gewesen ist.

Besondere Aufmerksamkeit lenkten auf sich die Haematome des breiten Bandes und die extraperitonealen Haematocelen überhaupt, welche von einigen Schriftstellern ganz geläugnet wurden. Verdienstlich ist der Hinweis auf die Ausstossung einer Decidua aus dem Uterus als Kennzeichen der tubaren Schwangerschaft (F. v. Winckel), wenn die von A. Martin (Die Krankheiten der Eileiter 1895, S. 368) geltend gemachten Einschränkungen beherzigt werden.

Bei der Palpation einer auf Haematocele verdächtigen Kranken ist die Unterscheidung zwischen einer diffusen und der solitären (Saenger) praktisch wichtig. Auch die diffuse Blutung pflegt sich binnen einigen Tagen abzukapseln.

Nach diesem historischen Rundgange sei der besonderen Erfahrungen des Vortragenden gedacht.

Die Aufrichtung eines retroflectirten Uterus veranlasste einmal bei einer Anfangs der Vierziger stehenden Dame, welche früher geboren hatte, Bluterguss in die Douglas'sche Tasche

Digitized by Google

in Folge Zerreissens dagewesener falscher Bänder zwischen Uterus und hinterer Beckenwand.

Die meisten Haematocelen, unter welchen mehrere als Folgen einer Ruptur der schwangeren Tube oder eines tubaren Abortes aufgefasst werden mussten, heilten unter absoluter Ruhe, Eisaufschlägen, später Jodbepinselungen der harten Stelle und milden Abführungen bei Enthaltsamkeit von Speisen, welche im Darme erhebliche Rückstände lassen.

Vier mussten operativ behandelt werden, da die Beschwerden unter milder Behandlung zu- statt abnahmen und lebenbedrohende Ereignisse eintraten. Alle vier endeten mit Genesung.

Die erste derartige Kranke war die junge Gattin eines hervorragenden Musikers, damals in Leipzig. Die Blutansammlung hinter der Gebärmutter konnte nur auf Platzen einer kaum zweimonatlichen Tubentragzeit bezogen werden. Die Schmerzen, der nicht lösbare Stuhldrang und die Dysurie erreichten binnen wenigen Tagen eine solche Höhe, dass ein Eingriff nicht mehr verschoben werden konnte. Es ward also gemäss der damals üblichen Methode auf die schwappende Stelle in der Scheide ein mit Beckenkrümmung versehener Trokar eingestossen. Aus der Canüle floss etwa eine halbe Tasse flüssiges Blut. Das übrige mochte schon geronnen sein. Die Erleichterung trat sofort ein. Die Operirte verliess nach wenigen fieberfreien Wochen das Bett.

Stürmischer waren die Erscheinungen bei (2.) Frau M., deren Erlebniss bereits in der Februarsitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig mitgetheilt ist (s. Centralblatt für Gynäk. 1888, No. 26). Sie hatte 4 Kinder normal geboren und 1 Abortus erlitten.

Der Verfall der Kräfte, welcher sich 5 Wochen nach der Laparatomie noch einmal einstellte, war kurz vor und während der Operation so gross, dass mit dem Schlusse der Bauchhöhle geeilt werden musste. Diesem Zustande, welcher Etagennähte anzulegen keine Zeit liess, ist es zum Theil beizumessen, dass in der nächsten Schwangerschaft die weisse Linie nachgab und der Fruchthalter mit seinen beim Athmen sich hin- und herschiebenden Gefässen wie durch ein Glasfenster schimmerte.

Die Gefahr, dass der Bauch platzen möchte, rückte im 8. Monate täglich näher; Anfang des 9. wurde daher künstlich die Frühgeburt eingeleitet (nach Tarnier) und ein noch jetzt lebendes Mädchen geboren. Dem Umstande, dass die Mutter dieses zarte Früchtchen trotz unzureichender Kost stillen konnte, hat das Kind seine Erhaltung zu danken. Die Frau trägt eine genügende Leibbinde.

Das dritte Beispiel ereignete sich im Sommer 1898. Die blennorrhoisch inficirte 25jährige Frau K. hat 3mal geboren, 2 Kinder gestillt, wohnt 3 Stunden von Leipzig entfernt, blutet seit 14 Tagen.

Digitized by Google

Die vorherigen Menstruationen waren regelmässig gewesen — nur die letzte schwach.

Der behandelnde Arzt schwankte, sowie Redner, in der Diagnose zwischen Pyosalpinx sinistra und Eileiterschwangerschaft, Ruptur-Haematocele, etwa der Mitte des 2. Monats entsprechend.

Da der äussere und gleichzeitig innere Blutverlust die Kranke aus einer Ohnmacht in die andere sinken lassen, wird am Tage der gemeinsamen Besprechung vom Uebersiedeln in des Vortragenden Klinik, ebenso wie von einem augenblicklichen Eingriffe abgesehen. Am andern Morgen hat sich nach kleinen Nährklystieren der Kräftezustand so gehoben, dass trotz der ärmlichen Verhältnisse unter Beistand der sehr sauberen Ortshebamme und dreier Assistenten zur Laparatomie in Aethernarkose geschritten werden kann.

Der Stiel der linken, locker umwachsenen Haematosalpinx wird zwischen zwei Finger gefasst unterbunden; sofort lässt das Spritzen arteriellen Blutes aus der Bauchöffnung nach. Embryo war nicht auffindbar; in der Blutlache schwimmen schlaffe Gerinnsel.

In der geplatzten Tube lassen sich an der Wand haftende Chlorionzöttchen erkennen. Die Scheidenblutung erfordert nach Desinfection (Sublimat) Jodoformgazestopfer.

3 Tage darnach überstieg die T. die Norm um etwas mehr als 1°, um sofort wieder auf 37,3 zurückzufallen; es floss wieder Blut aus der Scheide. Am 8. Tage trat nach übermässigem Genuss von Limonade binnen einigen Minuten — die Abwesenheit der Pflegerin war von der ausgebluteten, vor Durst fast wahnsinnigen Frau benutzt worden — plötzlich hohes Fieber mit Gelbsucht auf. Nach Verbandwechsel am 9. Tage begann die Genesung. Nur die alte Blennorrhoe machte noch Harnbeschwerden, Schmerz am Uterus und der rechten Tube; längere Behandlung mit Hanfsamenemulsion, Bittermandelwasser, örtlich Resorcinstengel, Jodoform, Bauchbinde beseitigten nach 2 Monaten auch diese Beschwerden.

Der vierte Fall verursachte die stürmischsten Zufälle: 32jährige Böhmin, hat 2 Kinder gestillt, klagt seit Anfang August 1898 über Leibweh und Ausfluss; eiterige Blenorrhoe wird a conjuge eingestanden wie bei No. 3. Von Ende September an Blutung. Patient glaubt sich Ende 1. Monats schwanger. Nach Tamponade geht am 8. October eine nussgrosse Schale wie Decidua aus der Scheide. Mitte October wird bei beginnendem Fieber, häufigem und kleinem Pulse der Mutterhals behufs Ausschabung in gemischter Chloroformnarkose erweitert, links im Halscanale eine halbkirschgrosse Nische entdeckt, an der linken Tubenmündung eine fetzige Masse, einer zerrissenen Weinbeerschale ähnlich, decidual.

Am 30. October stösst die Sonde am inneren Muttermund auf ein Hinderniss. Der Uteruskörper, nach hinten verschoben, findet sich weich, blass, verlängert. Rechts fühlt man über dem Halse ein nach hinten aussen ragendes, schmerzhaftes, härtliches Gebilde von Grösse und Form einer Fingerkuppe. Der Unter-

Digitized by Google

bauch treibt sich hervor, in der rechten Brust gibt es Colostrum. Der Douglas'sche Raum ist leer, eng. Die rechte Darmbeingrube gibt leeren Schall und ein halbweiches Gefühl.

Aus allen diesen Anzeigen ward die Diagnose: rechte Eileiterschwangerschaft, wahrscheinlich geborsten, zusammengesetzt und wegen raschen Verfalls am 31. October, Früh 10 Uhr Laparatomie beschlossen. Unterstützt wurde Redner von den Collegen Arnold Schmidt, Lehr, Hesse. Aethernarkose. Kurze Nachhilfe durch Chloroform. Das Klysma war nicht über die Flexur hinaufgedrungen. Harn spontan, aber wenig, gallig, entleert worden.

Die aus dem Bauchschnitte hervordringende Geschwulst ward als überfüllte Harnblase erkannt und mittels Katheters entleert. Nun bietet sich ein zweiter fluctuirender Tumor dar, welcher sich bis auf seine feste Verwachsungsstelle mit dem Blinddarme hinten herum abschälen lässt. Der rechte Eierstock lässt sich, senkrecht gestellt, tief unten abtasten, der Uterus undeutlich, etwas um seine Längsachse gedreht. Rechts von demselben verläuft eine kleinfingerdicke Arterie, welche sich bis zur Theilungsstelle der Iliaca hinauf verfolgen lässt und mit dem als Tubahaematocele angesprochenen Sacke fest verwachsen, auf der hinter den abgeschälten Sack eindringenden Hand stark pulsirt.

Wegen dieses ungewöhnlichen Befundes machte sich Eventration der Dünndärme nöthig. Nachdem der Zeigefinger in den Scheitel der Blutcyste eingedrungen ist, spritzen aus dem gebildeten Loche tiefschwarzrothes Blut und einige Gerinnsel heraus, mehr nach Erweitern dieses Sackes. In der Tiefe fühlt man undeutlich Tubenfetzen. Nach subcutaner Aetheranwendung wird der von unten heraufblutende Sack durch Jodoformgaze verstopft, die Bauchwunde wegen der sich vorwölbenden Därme schwierig geschlossen und in den Mastdarm physiologische Kochsalzlösung geschickt.

Vor dieser Operation begann bereits Kothbrechen. Die Ursache ergab sich als ein 20 cm langes, blutleeres und ganz flachgedrücktes Dünndarmstück ohne Inhalt; neben demselben an verschiedenen Strecken erblickt man noch mehrere kurze, leere Darmstellen.

1 Stunde nach Schluss der Bauchwunde begann wieder Gallen- und Kothbrechen — endlich Blutung aus Uterus, stärkere arterielle aus der Bauchwunde. So entschloss sich Vortragender zur nochmaligen Eventration. Tamponade des Sackes durch 8 Jodoformgazestreifen, der Scheide durch Wattetampons. Jetzt endlich hebt sich der fast unfühlbar gewordene Puls, nach dem Erwachen hört das Erbrechen auf und werden genossene Eisstückchen behalten. Die Därme widerstanden diesmal den gemeinschaftlichen Bemühungen, sie zu reponiren. Es war bereits Anstich einer Darmschlinge beschlossen. Da, während Redner die Bauchdeckenränder stramm in die Höhe hielt, schoss aus dem Mastdarm die von oben hart bedrängte eingespülte Masse unter Poltern vieler aashaft riechender Darmgase rettend hervor.

Fieberfrei bis zur Genesung. Heftpflasterstreifen rings um den Bauch, Sandsack. Etwas Schlaf seit 14 Tagen. Leibweh;

Digitized by Google

Puls 132, unregelmässig; es blutet wieder aus der Scheide. Essigeinspülung. Eisumschläge. Am 1. XI. werden Faecalstücke mittels der Finger aus dem Mastdarm geholt. Opium 0,03, mehrmals täglich. 4. XI. Gase und etwas Speisereste gehen unten ab. Die vorspringende Stelle am rechten Uteruswinkel ist bis auf Wickenkerngrösse geschwunden, aber noch auf Druck schmerzhaft. Gallenerbrechen; Darmrohr eingeführt. Etwas Gelbsucht.

6. XI. 3 Collapse, Sehnenhüpfen. 10. XI. Mit einem Drain wird ein Eirest aus der Wunde gezogen. 11.—15. XI. quellen gallige Faeces mit Luft aus der Bauchwunde, die sich vom 16. an auffallend schnell schliesst.

Der Eirest ist ein mit groben, gewucherten Zotten besetztes Gebilde, flach, blutleer, 6 cm lang, seitlich eine 1 cm lange, gedrückte Höhle. Dieses Gebilde, ohne Embryospur, ist demnach als Tubenmole anzusprechen, ebenso Folge des Druckes vom Extravasate her, wie die gefundenen Darmstenosen.

Die übermässige Entwickelung der Blutgefässe des Beckens wird nur noch von Ch. West hervorgehoben. Vergl. die obige Schilderung des hinter dem Blutsacke verlaufenen pulsirenden Gefässes, welches im Verlaufe einen Druck durch den Eisack erfuhr.

Die Diagnose der extrauterinen Schwangerschaft lässt sich meist durch Auffinden der Decidua des leeren Uterus begründen. Doch kann auch, wie später auch A. Martin fand, ein zottiges Blut- oder Faserstoffgerinnsel Irrthum veranlassen. Die Sonde darf nur benützt werden, wenn kein Verdacht auf uterine Schwangerschaft vorliegt. Die Haematocele wird gelegentlich starrwandig wie der schmerzhaftere, anfangs harte Beckenabscess — kann verwechselt werden mit blosser Retroflexio, mit Myoma, Ovartumor, mit harten Faeces.

Digitized by Google

Sitzung vom 21. Februar 1899.

Vorsitzender: Herr Curschmann. Schriftführer: Herr Braun.

Herr **Riehl** demonstrirt einen 49jähr. Mann mit **Mykosis fungoides.**

Die Krankheit hatte im September des vorigen Jahres begonnen und zeigt heute neben zahlreichen Prodromalerscheinungen bereits ausgedehnte Tumorenbildung — ein Verlauf, der im Vergleich mit anderen Fällen als sehr rasch bezeichnet werden muss. Am Stamm und den oberen Extremitäten bis an die Handwurzel finden sich dicht gedrängt meist scheibenförmige hellrothe Plaques von Linsen- bis über Thalergrösse, theilweise unregelmässig confluirend. Viele dieser Plaques sind im Centrum abgeblasst oder weniger intensiv geröthet, so dass sie annuläre Form aufweisen. Die Mehrzahl derselben schuppt leicht und überragt das Niveau der umgebenden Haut nicht; einzelne tragen Crustae lamellosae oder nässen, so dass das Bild des Ekzema madidans und squamosum imitirt erscheint oder grosse Aehnlichkeit mit Pityriasis rosea besteht. Viele Stellen erinnern an durch Waschung veränderte Psoriasis. Daneben sind andere Stellen in ihren Randpartien theilweise oder ganz derb infiltrirt, braunroth und glänzend oder mit Krusten belegt, so dass sie an annuläre Syphilide erinnern. An den Schultern finden sich mehrere pfenniggrosse ca. 2—3 mm vorragende runde Knoten, gummaähnlich, braunroth gefärbt. In der rechten hinteren Axillarlinie über der 10. Rippe sitzt ein kreisrunder, brauner, pigmentirter Fleck — der Rest eines kastaniengrossen, vor ca. 14 Tagen durch Einwirkung grauen Pflasters geschwundenen Knotens.

An der Aussenseite des rechten Oberschenkels, ungefähr in der Mitte desselben, sitzt eine über der Unterlage verschiebbare Gruppe von Tumoren, die etwa 1 cm über das Hautniveau hervorragt und aus haselnuss- bis mandelgrossen, halbkugeligen, derben, confluirenden Knoten besteht. Die Oberfläche dieser 10—12 cm im Durchmesser haltenden Gruppe braunrother derber Tumoren ist theils höckrig, theils leicht papillär, dermalen überall überhäutet — vor kurzer Zeit soll Ulceration einzelner Knoten bestanden haben.

Die Begrenzung ist scharf, die Aftermasse steigt aus der gesunden Umgebung steil auf, ihr Rand zeigt sich aus Bogensegmenten

Digitized by Google

zusammengesetzt. Der Patient hat in letzter Zeit an Körpergewicht abgenommen — an den inneren Organen finden sich keine Veränderungen.

Es handelt sich demnach um Mykosis fungoides mit Prodromalerscheinungen und aussergewöhnlich raschem Verlauf.

R. bespricht die klinischen Erscheinungen der seltenen Krankheit, ihre Stellung im System, Aetiologie, Prognose, Verlauf und Therapie und demonstrirt Bilder, Moulagen und histologische Präparate ähnlicher Fälle.

R. ist der Ansicht, dass die Mykosis fungoides einen Krankheitsprocess sui generis darstellt und weder mit den Sarkomen noch mit den lymphatischen Geschwülsten und Granulationsgeschwülsten zu identificiren sei.

Herr **Birch-Hirschfeld** spricht über den **Anfang der tuberculösen Lungenschwindsucht.**[1])

Auf Grund pathologisch-anatomischer Untersuchung von 34 Fällen latenter initialer Lungentuberculose (an Leichen plötzlich verstorbener, bis kurze Zeit vor dem Tode meist anscheinend gesunder Individuen) kommt Herr B. zu dem Schluss, dass die verbreitete Annahme, die Lungenschwindsucht Erwachsener beginne mit einer käsigen Lobulärpneumonie, in den thatsächlichen Befunden wirklich initialer Erkrankung keine Bestätigung findet. Auch der Beginn mit interstitieller Knötchenbildung war nur ganz ausnahmsweise nachzuweisen, vielmehr stellt in der weitaus überwiegenden Mehrzahl bei Erwachsenen ein subepithelial in der Schleimhaut eines Bronchus (von mittlerem Caliber, nach der üblichen Bezeichnung meist 2.—5. Ordnung) gelegenes tuberculöses Infiltrat den Anfang des Leidens dar, während das peribronchiale Gewebe erst secundär inficirt wird. Das Lumen des Bronchus ist Anfangs durch das Infiltrat verengt oder verschlossen, die zugehörigen Lungentheile werden atelektatisch und nach Obliteration des Bronchus ist die Möglichkeit einer Ausheilung des tuberculösen Herdes durch Abkapselung und mit Schwielenbildung in dem verödeten Lungenabschnitt gegeben. Tritt aber Zerfall des Infiltrats der Bronchialwand ein, ein Vorgang, bei dem das Hinzutreten einer Mischinfection vielleicht die wesentlichste Rolle spielt, so kann das Lumen des Bronchus wieder frei werden und nach beiden Richtungen hin eine Verschleppung des tuberculösen Materials erfolgen. In dem gleichen Sinne können sogenannte initiale Haemoptysen durch Ruptur in der Wand der tuberculösen Bronchiektasie gelegener Venen einen ungünstigen progredienten Verlauf der Krankheit veranlassen.

[1]) Der Vortrag ist publicirt im Deutschen Archiv für klin. Med. Bd. 64, pag. 58.

Digitized by Google

Auf Grund eigener anatomischer Untersuchungen des Bronchialbaumes der menschlichen Lunge gibt Vortragender der allgemein bekannten Erfahrung über die Disposition der Lungenspitzen Erwachsener zur Tuberculose die Formulirung, dass ein bestimmter Lungenabschnitt, der dem hinteren Theil der Lungenspitze und der angrenzenden subapicalen Partie entspricht und durch einen als «Ramus apicalis posterior» bezeichneten Bronchialast versorgt wird, die Prädilectionsstelle für das Einnisten der Tuberkelbacillen darstellt; wobei, wie schon Laënnec angegeben, die rechte Lunge in höherem Grade zur primären Tuberculose disponirt ist. Es ist das eine Stelle der Lunge, welche bei ihrem Wachsthum während der Pubertätszeit in besonderem Maasse unter Raumbeengungen zu leiden hat; Bronchien und zugehörige Lungentheile entwickeln sich dann mangelhaft.

Nach den Beobachtungen von Hasse u. A. betheiligt sich die entsprechende Thoraxpartie so gut wie gar nicht an den respiratorischen Excursionen. Die Verkümmerung des betreffenden Theiles des Bronchialbaumes macht es jedenfalls begreiflich, dass im hinteren Spitzengebiet leicht todte Rohrstrecken entstehen können, die für Haften und Einnisten infectiöser Staubbestandtheile günstige Voraussetzungen bieten. Diese locale Disposition ist aber nicht als eine physiologische, sondern als ein pathologisches Product ungünstiger Lebensweise zu betrachten

Asepsis der Athmungsluft und Lungengymnastik sind die beiden Factoren, welchen in der Prophylaxe und Therapie der Lungentuberculose eine noch grössere Bedeutung beigelegt werden muss, als bisher geschehen ist.

Digitized by Google

Sitzung vom 7. März 1899.

Vorsitzender: Herr Curschmann. Schriftführer: Herr Braun.

I. Herr **Riehl** demonstrirt mehrere **Lupusfälle** und knüpft daran die Besprechung einiger Behandlungsmethoden, hauptsächlich der durch elektive Aetzverfahren:

1) ein seit seinem 4. Jahre an Lupus leidendes 10jähriges Mädchen mit sehr ausgebreitetem Lupus im Gesicht, am Ohr und namentlich an den Extremitäten — auch die Flachhände weisen einige L.-Plaques auf;

2) dessen 20jähriger Bruder mit halbseitiger Poliomyelitis, serpiginösem Lupus der oberen Extremitäten und hochgradigen Verstümmelungen der Hände durch L. mutilans.

R. bespricht die Aehnlichkeit und Unterschiede gegenüber der Lepra anaesthetica und zeigt diesbezügliche Moulagen.

Sodann bespricht R. die Grundsätze der Lupustherapie und speciell die verschiedenen Aetzverfahren, deren Indication, Vorzüge und Nachtheile.

(Hiezu Demonstrationen an Kranken und Photogramme.)

II. Herr **Kölliker: Demonstration resecirter Nerven.**

M. H.! Erlauben Sie mir, Ihnen zwei Präparate von Nervenresection vorzulegen. Die Nervenstücke stammen von einem Patienten, dem wegen Verletzung der rechte Vorderarm im unteren Drittel amputirt wurde. Wegen heftiger Stumpfneuralgie wurden in einer auswärtigen Klinik vier Monate nach der Amputation die Nervenstümpfe nochmals in der Narbe resecirt.

Als ich den Patienten in Behandlung bekam, bestand eine so heftige Neuralgie, dass er mich unter Thränen bat, ihn sofort zu operiren. In der Mitte des Vorderarms fühlte man am Medianus ein schmerzhaftes Neurom, das ich noch am Tage der Aufnahme in die Klinik mit einem guten Stück des Nerven entfernte. (Demonstration.) Von Interesse ist am Präparat vor Allem der Umstand, dass am Neurom Muskelbündel inseriren, durch deren Zug wohl in erster Linie die Neuralgie verursacht wurde.

Nach dieser Operation besserte sich der Zustand, da aber auch im Gebiete des Ulnaris Neuralgie bestand, führte ich noch eine weitere Operation aus und resecirte ein Stück des Ulnaris in

Digitized by Google

der Continuität und zwar im Sulcus ulnaris. (Demonstration.) Es trat nun sehr wesentliche Besserung, wenn auch nicht vollständige Heilung ein.

Amputations- und Trennungsneurome sind wie die Neurome der peripheren Nerven überhaupt, mit Ausnahme der seltenen gangliösen Neurome, keine wahren Neurome, sondern Neurofibrome, Geschwülste, die aus Bindegewebswucherung aus dem Endoneurium mit Hypertrophie der alten, nicht vermehrten Nerven bestehen. Die Bindegewebswucherung und Hypertrophie beschränkt sich, wie man an beiden Präparaten sieht, nicht nur auf das Stumpfneurom allein, sondern erstreckt sich ziemlich weit nach aufwärts am Nervenstamme.

An und für sich machen die Stumpfneurome als ein regelmässiges Vorkommniss am proximalen Nervenstumpfe keine Erscheinungen oder sie sind nur mehr oder weniger druckempfindlich. Damit sie Neuralgien verursachen, muss ein Reiz hinzukommen, wie er z. B. durch Fremdkörper, so eine Ligatur, Geschosstheile, einen Glassplitter, wie er durch Druck und Zerrung bei Verwachsungen mit der Narbe, dem Knochen, den Muskeln hervorgerufen wird. Auch neuritische Vorgänge können den Anlass zur Neuralgie bilden

Aber aus einem anderen Grunde noch erwecken die Stumpf- und Durchschneidungsneurome unser Interesse. Sie können zur Lösung der Frage der Nervenregeneration nach Nervendurchschneidung beitragen.

Wir besitzen z. Zt. drei Theorien über die Nervenregeneration nach der Nervendurchschneidung. Die älteste Ansicht, die von Ranvier vertreten und vor Allem durch die vortrefflichen Untersuchungen von Vaulair gestützt wird, ist die, dass die Regeneration ausschliesslich von den Achsencylindern des proximalen Nervenstumpfes ausgeht.

Eine zweite Theorie lässt die Regeneration aus Elementen der Schwann'schen Scheide zu Stande kommen. Namentlich P. Ziegler, v. Büngner, Galeotti und Levi vertreten diese Ansicht. Gegen ihre Meinung spricht, dass die Schwann'sche Scheide ein mesodermales Gebilde ist. Nun stammen aber die Achsencylinder vom Ektoderm, sie entstehen als Achsencylinderfortsätze aus den Keimzellen des Medullarrohres, sind demnach Ausläufer von Ganglienzellen. Ein Gewebe regenerirt aber nach dem Typus der embryonalen Entwicklung. Desshalb kann die vom Mesoderm stammende Schwann'sche Scheide nicht die vom Ektoderm herrührenden Achsencylinder regeneriren.

Auf einem ganz andern Standpunkte steht die neueste von Marenghi, einem Schüler Golgi's, herrührende Theorie der Nervenregeneration. Nach diesem Autor regenerirt das periphere Nervenende von collateralen Nervenbahnen aus. Sowohl das proximale Nervenende, als die Schwann'sche Scheide verhalten sich vollkommen passiv. Als Beweis seiner Anschauung führt Marenghi an, die elektrische Reizbarkeit des peripheren Nervenstumpfes bei ausbleibender Reaction, wenn der centrale Abschnitt des durchschnittenen Nerven oder die Nahtstelle gereizt wird. Auch will

Digitized by Google

Marenghi festgestellt haben, dass Bündelchen von Nervenfasern ausserhalb des degenerirten Nerven verlaufen und in ihn eindringen, so dass man auf dem Querschnitt zuerst schräg, dann quer getroffene Nervenfasern sieht.

Ich selbst halte die Ansicht für die richtige, nach der die Regeneration von den Achsencylindern des proximalen Nervenstumpfes ausgeht. Dafür spricht einmal die Thatsache, dass die Regeneration um so langsamer erfolgt, je höher ein Nerv durchschnitten war, eine Thatsache, die durch die Theorie der Regeneration von collateralen Nervenbahnen aus nicht erklärt wird. Zum Zweiten bildet gerade das Verhalten der Amputations- und Trennungsneurome einen weiteren Beweis für die Richtigkeit der Ranvier-Vaulair'schen Theorie. Das Trennungsneurom, das zu einem grossen Theil aus hypertrophischen Nervenfasern besteht, ist eben der Ausdruck der regenerativen Energie des proximalen Nervenstumpfes.

III. Discussion über den Vortrag des Herrn **Birch-Hirschfeld** vom 21. Februar: **Ueber den Anfang der tuberculösen Lungenschwindsucht.**

Herr Curschmann erörtert, in wiefern die Erfahrungen der Kliniker mit den Befunden des Herrn Birch-Hirschfeld correspondiren.

Das was gewöhnlich klinisch als erstes Stadium der Lungentuberculose bezeichnet wird und wobei auf auscultatorisch nachweisbare Phänomene das Hauptgewicht gelegt zu werden pflegt, entspricht erst einem späteren anatomischen Stadium der Erkrankung, charakterisirt durch den Zerfall des primären Herdes. Im Initialstadium führe der Collaps des erkrankten Bronchialgebiets zu einem Tiefstand der Lungenspitze — meist auf der rechten Seite —, der sich häufig percutorisch nachweisen lässt, während eine Dämpfung des Percussionsschalls noch fehlt. Bei der Auscultation finde man dann weiches, abgeschwächtes Athmen, Rasselgeräusche können völlig fehlen.

Grosse initiale Blutungen sind nach den Erfahrungen der Kliniker sehr selten, wo solche beobachtet werden, stammen sie meist aus grösseren alten Herden.

Die Untersuchungen des Herrn Birch-Hirschfeld machen es sehr wahrscheinlich, dass die Lungentuberculose in der Regel als Inhalationstuberculose beginnt, doch glaubt Herr C., dass die nach Infectionskrankheiten (z. B. Typhus, Masern) oder im Puerperium entstehenden Lungentuberculosen gewöhnlich als Autoinfectionen von Seiten anderer im Körper bestehender tuberculöser Erkrankungen aufzufassen seien.

In therapeutischer Hinsicht legt Herr C. grossen Werth auf die Verwendung des Höhenklimas. Das entspreche den therapeutischen Forderungen des Herrn Birch-Hirschfeld: Asepsis der Athmungsluft und Lungengymnastik. Denn die Energie der Athmung werde in Höhen über 600 m wesentlich gesteigert.

Herr Bahrdt bemerkt, dass ein Symptom der initialen Lungentuberculose, das saccadirte Athmen, sehr gut mit dem von Herrn

Digitized by Google

Birch-Hirschfeld festgestellten bronchialen Beginn der Erkrankung übereinstimme.

Herr Dippe hält den Nachweis auscultatorischer Phänomene für die Diagnose der initialen Lungentuberculose für wichtiger, wie den des Tiefstandes einer Lungenspitze.

Von den nach Infectionskrankheiten sich entwickelnden Lungentuberculosen glaubt er, dass sie aus bereits in der Lunge vorhandenen latenten Herden entstehen, die bei dieser Gelegenheit eben aus ihrer Latenz herauskommen.

Die Disposition der Menschen für die Erkrankung sei von wesentlichem Einfluss für den bald gutartigen, bald malignen Verlauf der Krankheit, wichtiger auch wie die Mischinfection mit anderen Bacterien, als Tuberkelbacillen.

Vor therapeutischer Verwendung einer Lungengymnastik bei bereits erkrankten Individuen warnt Herr D., sie könne nur von Nutzen sein bei vorhandener tuberculöser Disposition, um eine Erkrankung zu verhüten.

Herr Curschmann erwidert, dass es doch unter Umständen auch möglich sei, ohne den Nachweis auscultatorischer Erscheinungen initiale Lungentuberculose zu diagnosticiren. Dass im Verlauf einer Infectionskrankheit eine bis dahin latente Lungentuberculose florid werden könne, sei selbstverständlich, man finde aber hierbei gelegentlich auch frische Lungenherde, für deren Entstehung die von ihm gegebene Erklärung gelte. Auch sei selbstverständlich, dass die Prädisposition der Individuen eine sehr wesentliche Rolle bei der Entstehung und dem Verlauf der tuberculösen Erkrankung spiele. Eine gewisse Lungengymnastik halte er in geeigneten Fällen für nützlich.

Herr Birch-Hirschfeld präcisirt zunächst noch einmal die Stelle hinten unterhalb der Lungenspitze, wo fast immer die initialen Tuberculosen sitzen. An dieser Stelle findet man auch die Residuen ausgeheilter Herde: tief einschneidende, strahlige Narben, in ihrer Umgebung vicariirendes Emphysem. Herr B. glaubt, dass das erste Stadium der Tuberculose fast immer latent verläuft, oft handelt es sich um Menschen, die durchaus keinen tuberculösen Habitus besitzen. Das Einsetzen klinischer Erscheinungen wird in der Regel erst mit dem Zerfall des primären Tuberculoseherdes zusammenfallen; hierbei müssen dann auscultatorische Symptome in den Vordergrund treten, vielleicht wird auch sehr früh der Nachweis von Bacillen im Sputum möglich sein. Das frühzeitige Suchen nach Tuberkelbacillen mit allen Mitteln der Technik hält Herr B. für sehr wichtig für die Frühdiagnose der Lungentuberculose. In wie weit beim Zerfall der tuberculösen Herde die Mischinfection eine Rolle spielt, lässt sich präcis noch nicht beantworten.

Eine embolische Entstehung der Lungentuberculose durch Verschleppung von Bacillen aus anderen im Körper vorhandenen Herden ist natürlich möglich, doch hat Herr B., abgesehen von der allgemeinen Miliartuberculose, tuberculöse Herde embolischer Provenienz, wie solche in anderen Organen vorkommen, seit 4 Jahren niemals in der Lunge gefunden. Die nach acuten In-

Digitized by Google

fectionskrankheiten sich entwickelnden Lungentuberculosen entstehen gewiss ebenfalls meist aus latenten, bereits vorhanden gewesenen bronchialen Herden, die bei dieser Gelegenheit florid werden.

Die Gefahren einer unzweckmässigen Lungengymnastik erkennt Herr B. an; eine vorsichtig den Verhältnissen angepasste Lungengymnastik muss erst noch gemacht werden. Er weist ferner auf den Nutzen der ambulanten Behandlung der Phthise, auf die Schädlichkeit der Bettruhe für die Kranken hin. Ferner sei Staubfreiheit die erste Bedingung, welche ein zur Behandlung der Lungentuberculose geeigneter Curort erfüllen müsse.

Herr Nakonz: Das saccadirte Athmen hat für die Diagnose der beginnenden Lungentuberculose nicht die hohe Bedeutung, die man ihr oft zuschreibt. Es fehlt dabei oft, findet sich jedoch häufig, wenn die Kranken aus anderen Ursachen muskelschwach und anaemisch sind. Im letzten Stadium der Tuberculose ist es viel häufiger, im mittleren nur da, wo die Athmungsmuskeln sehr geschwächt sind. Ist es deutlich zu hören, so kann man es oft auch fühlen, wenn man die Hände flach, jedoch ohne Druck auszuüben, auf den Thorax legt, besonders über der Anheftung des Zwerchfells. Es findet sich übrigens auch bisweilen, ohne dass Verdacht auf Tuberculose besteht, bei hochgradiger Anaemie, bei Muskelerschöpfung, bei Neurasthenie und in der Reconvalescenz schwerer, lang dauernder Krankheiten. Ich schliesse daraus, dass es nicht von dem Zustande der Bronchien, die ja beim Athmungsprocesse nur indirect mitwirken, sondern von den geschwächten Athmungsmuskeln herrührt und in entsprechender Weise zu Stande kommt wie krampfhafte Zuckungen bei übermüdeten, geschwächten Muskeln.

Zur Diagnose beginnender Tuberculose ist die Auscultation werthvoller als die Percussion, doch erlangt die letztere eine höhere Bedeutung, wenn man sie mit der Auscultation combinirt anwendet. Man setze ein Stethoskop mit etwas enger Oeffnung auf die betreffende Stelle, lege das Ohr an und klopfe mit dem Finger, und zwar Anfangs ganz schwach und allmählich stärker 2—2½ cm vom Stethoskope entfernt direct auf den Thorax. Wenn man dies auf beiden entsprechenden Thoraxhälften ausführt, merkt man häufig auffallende Schallunterschiede, die bei einfacher Percussion nicht wahrzunehmen sind und die diagnostisch gut zu verwerthen sind.

Digitized by Google

Sitzung vom 2. Mai 1899.

Vorsitzender: Herr Curschmann. Schriftführer: Herr Braun.

1. Herr **Pässler** demonstrirt einen 17jähr. Knaben mit ungewöhnlich lauten **cardiopulmonalen Rasselgeräuschen.** Bei dem phthisisch belasteten Patienten fand sich eine beträchtliche Schrumpfung der linken Thoraxhälfte mit Verwachsungen zwischen beiden Blättern der Pleura, sowie zwischen Pleura und Pericard.

Es bestand geringer Husten mit spärlichem, geruchlosem, eitrigem Auswurf, in dem Tuberkelbacillen nicht nachgewiesen werden konnten. Das Herz bot ausser einer durch die Verwachsungen bedingten Verlagerung nach links keine Besonderheiten.

Bei der Auscultation der linken Lunge hörte man hinten unten bei ruhiger Athmung neben leisem Vesiculärathmen äusserst laute systolische, mitunter auch leisere diastolische klingende Rasselgeräusche. Bei forcirter Athmung hörte man dieselben zähfeuchten mittelblasigen Rasselgeräusche, dieselben zeigten jedoch eine vollkommene Aenderung ihres Rhythmus, indem sie jetzt nicht mehr mit den Herzcontractionen, sondern mit den Athembewegungen zeitlich übereinstimmten.

Da diese respiratorischen Rasselgeräusche vollkommen den vom Rhythmus der Herzcontractionen abhängigen gleichen, so dürfen wir annehmen, dass ihr Ursprungsort derselbe ist, dass sie also beide in der Lunge entstehen.

Für ihr Zustandekommen scheinen die Verwachsungen des Pericard und der Pleura, sowie die Schrumpfung der dem Herzen anliegenden Lungentheile eine wesentliche Rolle zu spielen. Es muss dahingestellt bleiben, ob die systolische Verkleinerung des Herzens die collabirten Bronchien der sklerosirten Lungenpartien auseinanderreisst und dadurch die Geräusche erzeugt (Traube), oder ob durch Ansaugen von Luft aus den umgebenden Lungenabschnitten das Secret bei jeder Systole in den vielleicht erweiterten Bronchien hin und her bewegt wird.

Für die erste Auffassung spricht, dass bei ruhiger Athmung der Inspirationsstrom offenbar gar nicht bis in die geschrumpften Lungenabschnitte gelangte, für die zweite Auffassung liesse sich geltend machen, dass das Rasseln mitunter nicht nur bei der Systole, sondern auch bei der Diastole zu hören war.

Digitized by Google

2. Herr **Sattler** stellt einen Fall von **Bindehauttuberculose** vor und knüpft daran Bemerkungen über die verschiedenen Krankheitsbilder, unter denen die Bindehauttuberculose auftreten kann.

3. Herr **Riecke** demonstrirt 2 Fälle **arteficieller Cutisgangraen** aus der Klinik des Herrn Prof. Riehl.

Im 1. Fall handelte es sich um einen 33jährigen Mann, der, im übrigen gesund, seit März 1897 an seinem jetzigen Leiden erkrankt ist. In unregelmässigen Intervallen treten an den verschiedensten Körperstellen mit Ausnahme des Rückens, der Nates und der Oberschenkelbeugen circumscripte, runde Schorfe auf, nach deren Abstossung ungleich tiefe Substanzverluste der Cutis zu Tage liegen. Anamnestisch ergibt sich bei genauerer Nachforschung, dass Patient mit einem glühenden Eisenstab die Nekrosen sich selbst erzeugt. Motiv: Lebensüberdruss wegen unerquicklicher, häuslicher Verhältnisse.

Fall 2 betrifft ein 18jähriges, sonst gesundes Dienstmädchen, das im Januar 1899 erkrankt ist. Es finden sich regellos am Stamm und Extremitäten, auch hier wiederum die für die Patientin schwer zugänglichen Körperregionen ausgenommen, zahlreiche braun pigmentirte, über mandelgrosse, vielfach hypertrophische Narben. An der linken Mamma und unter der rechten je ein ovaler graugelblicher Schorf von derber lederartiger Beschaffenheit, umgeben von einem millimeterbreiten rosarothen Saüm. Auch hier wurde die Diagnose arteficieller Cutisgangraen gestellt, hervorgebracht durch eine Mineralsäure.

Ein näheres Examen ergab, dass Patientin mittels verd. H_2SO_4 die Nekrosen sich selbst zugefügt hatte. Motiv: Suicidversuch aus Furcht vor Strafe wegen eines durch ihre Schuld veranlassten Waarenverlustes in der Fabrik.

Beide Fälle waren durch längere Zeit unter genauer ärztlicher Controle gestanden, und trotzdem war ihnen die Täuschung der Umgebung gelungen, bis die Sachlage in hiesiger Klinik klargelegt wurde.

4. Herr **Kollmann** demonstrirte ein $2^1/_2$ cm langes Stück **Gummischlauch,** das er vor einigen Tagen vermittels einer Nitzeschen intravesicalen kystoskopischen Zange unter Lichtbeleuchtung per vias naturales aus der Blase eines jungen Mannes entfernte. Es befand sich am Tage der Entfernung schon eine Woche lang **in der Blase,** in welche es durch einen masturbatorischen Act gelangt war. Die Behandlung des Patienten, den K. der gütigen Ueberweisung des Herrn Collegen Göpel zu danken hatte, geschah selbstverständlich ambulant. Die vor der Entfernung vorhandene katarrhalische Trübung des Urins verschwand darnach schnell, und der Patient ist heute am 16. V. (nachdem seit der Operation eine Beobachtungszeit von mehr als 14 Tagen verstrichen ist) vollständig gesund. Während der Zeit der Nachbehandlung haben sich nicht die geringsten Erscheinungen eingestellt, die etwa durch Einführung des Operationsinstrumentes hätten erzeugt sein können.

Digitized by Google

Bei dieser Gelegenheit legte K. der Gesellschaft auch einen Gummicondom vor, den er schon vor Jahren einmal aus der Blase einer Frau unter kystoskopischer Controle entfernt hat. Die Entfernung dieses Fremdkörpers geschah zu einer Zeit, wo das Nitzesche Instrumentarium noch nicht complet war; K. führte die Entfernung damals so aus, dass er neben dem Kystoskop einen zu einem Haken gebogenen starken Draht in die Blase einführte, und mit diesem den Rand des zusammengerollten Condoms erfasste.

Herr **Kollmann: Intraurethrotomie bei weiten Stricturen:** Je konischer eine Sonde ist, desto weniger genau vermag man mit ihr den Ort einer vorhandenen Strictur aufzufinden; cylindrische Sonden sind dafür weit nützlicher. Zum Aufsuchen des Einganges einer Strictur sind vor Allem empfehlenswerth die gewöhnlichen urethroskopischen Tuben. Als Instrumente, mit denen man sowohl den Eingang als auch den Ausgang einer Strictur genau aufzufinden vermag, verdienen die Bougies à boule Erwähnung, besonders die mit olivenförmigem Knopf; diejenigen, welche die Form einer Lanzenspitze haben, sind besonders für das Aufsuchen des Ausgangs im Zurückziehen zu gebrauchen. Da man Sonden und Knöpfe eines Umfangs von über 32 Charr. bei der Mehrzahl der Patienten ohne vorausgegangene Meatotomie kaum verwenden kann, so ist zum Aufsuchen von Infiltraten weiteren Kalibers die Benutzung eines Urethrometers empfehlenswerth.

Es ist nöthig, auch die weiten Infiltrate — vor Allem die durch Gonorrhoe entstandenen — zu behandeln, weil sie oft zu sensiblen und functionellen Störungen im Harn- und Sexualapparat führen, und weil sie oft die Orte sind, an denen sich latente Gonorrhoe lange Zeit erhält

Ausserdem ist es ja bekannt, dass ungenügende Erweiterung enger Stricturen fast immer zu Recidiven Veranlassung gibt.

Die Behandlung von Stricturen überhaupt, also auch die der weiten Stricturen, beginnt richtigster Weise immer mit einer Sondencur, bei engen mit filiformen oder etwas stärkeren elastischen Sonden, bei weiten Stricturen gleich im Anfang mit Metallsonden. Sind die Infiltrate durch Sonden bis zur oberen, durch die individuelle Engigkeit des Orificium externum gegebenen Grenze gedehnt, so benutzt man aufschraubbare Instrumente. Es gibt aber eine Anzahl von Stricturen, bei denen man mit dieser Behandlung nicht zum Ziel kommt; man erreicht ein gewisses Kaliber, aber keinen Grad höher, auch nicht durch grösste Geduld. Bei diesen Stricturen ist die Intraurethrotomie am Platze. Die Dilatation forcé ist nicht rathsam, weil es nicht möglich ist, bei dieser Methode vorauszusagen, an welchem Ort der Peripherie die Risse entstehen und welchen Verlauf sie nehmen werden; bei Leichenversuchen[1]) hat Kollmann einmal in der Pars posterior einer stricturirten Harnröhre durch eine gewaltsame Dehnung

[1]) S. Harnröhrendehnungen an der Leiche, Verhandlungen der Naturforscherversammlung in Frankfurt a. M. 1896, II., 2. Hälfte, Abth. für Chirurgie S. 144 ff.

Digitized by Google

einen enormen Querriss erzeugt, der selbstverständlich am Lebenden grosse Gefahren mit sich bringen muss. Die richtige Operationsmethode resilienter Stricturen ist die vermittels des Schnittes.

Die vorhandenen für enge Stricturen bestimmten Schnittinstrumente, von denen der Vortragende eine sehr grosse Anzahl vorlegte, sind zum Einschneiden weiter Stricturen entweder überhaupt nicht zu verwenden, oder nur in beschränktem Maasse. Eine Ausnahme machen die von Otis angegebenen Intraurethrotome, die nach dem Princip aufschraubbarer zweitheiliger Dehner gebaut sind; diese Instrumente sind sehr brauchbar, sie haben aber den Nachtheil, dass man bei ihrer Anwendung den Ort des Schnittes durch Messungen bestimmen muss. Der Vortragende hält die Einstellung der Strictur durch das Tastgefühl für sicherer.

Eine besondere Besprechung für sich verlangen die von Oberländer angegebenen Intraurethrotome; sie sind ausschliesslich für weite Stricturen bestimmt. Diese ermöglichen es dem Operateur, den Schnitt unter Controle des Auges zu führen. Eine bessere Vorbedingung für die richtige Schnittführung kann es natürlich nicht geben; die Handhabung der Instrumente erfordert jedoch eine sehr grosse urethroskopische Routine, und aus diesem Grunde werden diese Instrumente leider wohl kaum grössere, allgemeinere Verbreitung erlangen.

Der Vortragende hat zur Incision weiter Stricturen mehrere neue Instrumente angegeben; zwei davon sind so gebaut, dass man mit ihnen die Strictur sowohl von vorn als von hinten her gleichzeitig einstellen kann, wodurch erreicht werden soll, dass lediglich das Infiltrat und nichts weiter incidirt wird. Diese Einstellung geschieht bei dem einen dieser Instrumente durch verschieden starke auswechselbare Knöpfe. Das andere Instrument ist ein zweitheiliger Dehner, in der Form des Otis'schen geraden Intraurethrotoms; dieser Dehner ist aber mit zwei unabhängig von einander verschiebbaren Knöpfen versehen. Das dritte älteste Instrument K.'s trägt nur einen auswechselbaren Knopf. Will man bei Verwendung dieses zuletzt genannten Instrumentes — das den Vortheil grosser Einfachheit hat — die Strictur ebenfalls an beiden Enden vor dem Schnitt sichern, so muss man es durch einen urethroskopischen Tubus hindurch einführen; während man mit dem Instrument die Strictur von hinten her einschneidet, schützt man durch den Tubus das peripher von der Strictur liegende Gewebe.[2])

Ausser diesen drei Instrumenten befindet sich gegenwärtig im Bau noch ein viertes, ebenfalls für Intraurethrotomie bestimmtes Instrument, das drei aufschraubbare Branchen besitzt. Der Verfertiger von allen ist C. G. Heynemann in Leipzig.

---

[2]) Ausführlicheres über die genannten Instrumente findet sich in den Berichten der Naturforscherversammlung 1898, dermatologische Abtheilung, S. 326 ff.; Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, Heft 1 und Heft 3, 1899; Chirurg. Centralblatt: Bericht über den Chirurgencongress 1899.

Digitized by Google

Der Schnitt wird bei sämmtlichen hier beschriebenen K.'schen Intraurethrotomen immer nur genau nach oben in der Mittellinie ausgeführt, weil die Blutung hier geringer ist, als wenn man in anderen Richtungen schneidet; die Instrumente sind jedoch so gebaut, dass der Schnitt gegebenen Falls auch an jeder beliebigen anderen Stelle des Harnröhreninnern ausgeführt werden kann. Die Instrumente sind ausschliesslich nur für die Pars anterior bestimmt; Stricturen hinter dem Isthmus sollen der Urethrotomia externa vorbehalten bleiben.

Digitized by Google

Sitzung am 16. Mai 1899.

Vorsitzender: Herr Curschmann. Schriftführer: Herr Braun.

1. Herr **Kockel** demonstrirt eine Anzahl pathologisch-anatomischer Präparate.

2. Herr **His jun.** hält einen Vortrag: **Kritische Betrachtungen über die Behandlung der Gicht.** (Derselbe wird in der Münch. med. Wochenschrift abgedruckt werden.)

Die Discussion wird auf die nächste Sitzung verschoben.

Sitzung am 30. Mai 1899.

Vorsitzender: Herr Curschmann. Schriftführer Herr Braun.

1. Herr **Hirsch** demonstrirt einen typischen, weit vorgeschrittenen Fall von **Dystrophia musculorum progressiva.**

Herr **Pässler: Demonstration mikroskopischer Präparate von Scharlachmeningitis.**

In der medicinischen Klinik wurden im Winter 1898/99 und Frühjahr 1899 57 Scharlachfälle beobachtet, welche, entsprechend dem Krankenmateriale des Jacobshospitals, zu einem beträchtlichen Theil Erwachsene betrafen. Dem Geschlecht nach handelte es sich um 33 männliche und 24 weibliche Patienten. Davon waren 21 Kinder im Alter bis zu 14 Jahren, 14 standen im Alter von 14—20, 18 im Alter von 20—25, 3 im Alter von 25—30 Jahren, ein Patient war 47 Jahre alt. Von den 6 Todesfällen (= 10,5 Proc.) betrafen 3 Kinder, 2 Gestorbene standen in dem jugendlichen Alter von 18 und 21 Jahren, schliesslich ist auch der 47jährige Patient gestorben. Folgende besondere Symptome respective Complicationen kamen zur Beobachtung: Diphtheritischer

Digitized by Google

Belag 28mal (= 49 Proc. der Fälle) (Es wurde stets auf Blutserum und Glycerinagar abgeimpft; in den sich entwickelnden Culturen wurden nie Diphtheriebacillen gefunden.) Albuminurie im Fieberstadium (leichte Nephritis) trat 20mal (= 35 Proc.) auf, während die nach der Entfieberung zum Ausbruch kommende typische Scharlachnephritis nur 4mal zur Beobachtung gelangte. Scharlachrheumatoid trat 12mal (= 21 Proc.), Herzaffectionen 14mal (= 24,6 Proc.) auf. Beide standen in keinem Zusammenhang. Ohraffectionen haben sich 5mal (= 8,8 Proc.), Abscesse (Halsdrüsenabscesse, retrotonsilläre, subperiostale Abscesse) in 4 Fällen (= 7 Proc.) entwickelt.

Bei 3 Patienten bestanden schwere Erscheinungen seitens des Centralnervensystems, einer genas, die beiden anderen, junge, kräftige, sonst kerngesunde Mädchen im Alter von 18 und 21 Jahren, starben.

Abgesehen von der Uraemie wurden beim Scharlach 2 Formen von schweren Hirnerscheinungen beobachtet. Bei der ersten Form handelt es sich um Allgemeinerscheinungen, wie sie bei allen schweren acuten Infectionskrankheiten vorkommen können: Kopfschmerzen, Benommenheit, Sopor, Coma; Unruhe, Jactation, Flockenlesen und Sehnenhüpfen, Delirien. Auch die initialen Convulsionen kleiner Kinder und das Erbrechen, welches bei Erwachsenen häufig vorkommt, sind hierher zu rechnen.

Bei der 2., selteneren Form treten zu den eben geschilderten Erscheinungen ausgesprochene meningitische Symptome. In wechselnder Zusammenstellung finden sich Nackenstarre, Trismus, Symptome von seiten der Pupillen. Seltener werden Lähmungen des Facialis, noch seltener vorübergehende Lähmungen der Extremitäten beschrieben. Krampfartige Respirationsbewegungen, (Schluchzen, Seufzen, Aufschreien), kahnförmige Einziehung des Leibes, Sensibilitätsstörungen (Paraesthesien, Hyperaesthesien) können das Bild vervollständigen.

Die Ursache der Erscheinung ist in den Fällen, wo es sich nur um Allgemeinerscheinungen handelt, auf die Giftwirkung zu beziehen, welche das infectiöse Virus oder die unter seinem Einfluss im Körper gebildeten pathologischen Stoffwechselproducte auf das Centralnervensystem ausübt.

Die meningitischen Erscheinungen können verschiedene Ursachen haben. In einem grossen Theil der Fälle handelt es sich um eine eitrige Meningitis, welche vom Mittelohr ausgeht, in anderen Fällen kommt sie metastatisch von Abscessen und Verjauchungen, besonders der Lymphdrüsen des Halses aus zu Stande. Bei der Uraemie in Folge Scharlachnephritis ist eine fibrinöse Meningitis beschrieben worden, die mit den fibrinösen Entzündungen anderer seröser Häute bei Uraemie, besonders des Pericards, auf eine Stufe zu stellen wäre.

Verhältnissmässig sehr selten treten meningitische Erscheinungen als unmittelbare Folge der schweren Scharlachinfection auf. Die Zeit ihres Auftretens fällt dann meist mit dem Höhestadium des Fiebers zusammen. In besonders schweren Fällen

Digitized by Google

scheinen sie schon vor dem Ausbruch des Exanthems auftreten und selbst zum Tode führen zu können.

Im Gegensatz zu den schweren klinischen Erscheinungen, welche wir in den mit meningitischen Symptomen complicirten Scharlachfällen sehen, stehen meist die geringfügigen anatomischen Veränderungen, welche in diesen Fällen am Centralnervensystem gefunden werden. Ausgesprochen entzündliche Erscheinungen an den Hirnhäuten fehlen meist ganz. Der erfahrene Henoch hat sie selbst nie gesehen, er kennt nur eine schon etwas ältere Angabe Reimer's über ihr Vorkommen.

Von den beiden unter schweren Hirnerscheinungen gestorbenen Patientinnen P.'s hatte die eine nur Allgemeinerscheinungen gezeigt. Nach dem am 6. Krankheitstage erfolgten Tode ergab die Obduction makroskopisch und mikroskopisch zahlreiche kleine Blutungen, besonders unter der Pia sitzend, mitunter noch etwas in die Hirnrinde selbst hineinreichend. Ausgesprochene entzündliche Erscheinungen fehlten.

Bei der anderen Patientin war neben heftigsten Kopfschmerzen Sopor, Delirien, vom 3. Tage an hochgradige Nackenstarre aufgetreten. Lähmungen waren nicht vorhanden. Eine Sensibilitätsprüfung konnte bei dem schweren Zustande der Patientin nicht vorgenommen werden. Der Tod erfolgte unter Zunahme aller Erscheinungen am 6. Krankheitstage im Collaps. Das Exanthem war, namentlich am Rumpf, hie und da haemorrhagisch geworden. In diesem Falle war eine deutliche, wenn auch erst beginnende Meningitis auch anatomisch nachweisbar. Neben den in diesem Falle etwas weniger zahlreichen subpialen Blutungen fanden sich, überall in der Pia zerstreut, Rundzellenanhäufungen. Sie waren ganz besonders häufig und dicht in der Umgebung der Gefässchen, welche sich mit den weichen Hirnhäuten in die Furchen der Hirnrinde einsenken. Zwar war auch in diesem Falle der anatomische Befund zu geringfügig, als dass man die Schwere der klinischen Erscheinungen von der mechanischen Wirkung der Exsudatmassen hätte abhängig machen können, der anatomische Befund beweist aber, dass man es bei den meningitischen Erscheinungen im Leben nicht nur mit dem Ausdruck der allgemeinen schweren Infection, sondern daneben mit einer ganz speciellen, auf die weichen Hirnhäute localisirten Schädigung zu thun hatte.

Mikroskopische Präparate vom Gehirn der beiden Patientinnen wurden der Gesellschaft demonstrirt.

3. Herr Heymann: Mittheilung über einen Fall von Haemophilie.

M. H.! Gestatten Sie, dass ich Ihnen kurz über einen Fall berichte, der mir in mehrfacher Beziehung allgemeines Interesse zu besitzen scheint.

Am 1. Mai ds. Js. wurde von einem auswärtigen Collegen ein junger Mann in meine Poliklinik geschickt, damit ich seine Nase wegen häufigen und heftigen Nasenblutens untersuche und, wenn nöthig, behandle.

Digitized by Google

Bei der Untersuchung des 23jährigen, aus gesunder Familie stammenden, blassen und etwas schwächlichen, sonst aber ganz normalen Mannes fand sich in der Nase beiderseits an der Scheidewand, ungefähr 1 cm hinter dem Naseneingang und ebenso hoch über dem Nasenboden ein Netzwerk kleiner erweiterter Gefässchen, das schon bei leichter Berührung mit der Sonde blutete, bekanntlich ein häufiger Befund bei habituellem Nasenbluten. Ausserdem fand sich in der Nase ein mässiger Grad von Schwellkatarrh und der Nasenrachenraum zum grössten Theil ausgefüllt von einer hypertrophischen Pharynxtonsille, oder, wie man meist sagt, von adenoiden Vegetationen.

Die blutenden Stellen am Septum wurden sofort mit einer an die Sonde angeschmolzenen Chromsäureperle verschorft. Da die Anwesenheit von adenoiden Vegetationen oft den Anlass zu Circulationsstörungen und zu Blutungen in der Nase gibt, wurde dem Kranken gesagt, dass er etwas hinter der Nase im Halse habe, was an den Blutungen mit Schuld sei und was desshalb am besten entfernt werde; wenn er sich aber operiren lasse, könne er die mehrstündige Rückreise nach seiner Heimath nicht sogleich antreten, sondern müsse etwa 2 Tage hier in Leipzig bleiben. Der Kranke erklärte sich darauf bereit, da zu bleiben und wünschte die Vornahme der Operation. Es wurde daher gleich die Rachenmandel mit dem Kirstein'schen Ringmesser abgetragen.

Die Blutung nach dem alltäglichen Eingriff war zunächst nicht auffallend stark, auffallend aber war es, dass die Blutung nicht, wie gewöhnlich, sehr bald nachliess, sondern in unveränderter Stärke fortbestand. Erst, als ich mein Befremden darüber den Praktikanten meiner Poliklinik gegenüber äusserte, sagte der Kranke, dass es bei ihm immer sehr stark blute, dass sich z. B. nach einer Zahnextraction die Blutung nur mit Mühe durch Ausstopfen der Wunde habe stillen lassen, dass er vor einiger Zeit durch eine starke, schwer zu stillende Haemorrhoidalblutung schwer krank gewesen sei u. a., es ergab sich also, dass es sich um einen Bluter handelte.

Es wurden nun die verschiedensten Mittel angewendet, um die Blutung zum Stehen zu bringen, erhöhte Rückenlage mit Anwendung von Kälte in Form von Eispillen und Eisbeutel auf die Nasenwurzel, Ferropyrin, Tamponade der Nase von vorn. Alle diese Mittel schienen vorübergehend zu helfen, aber nach kürzerer oder längerer Zeit trat die Blutung in alter Stärke wieder auf. Es blieb nun nichts Anderes übrig, als die hintere Tamponade. Diese wurde denn auch, obschon mit grossen Schwierigkeiten, da der Kranke sehr aufgeregt und widerspenstig war, so fest als möglich ausgeführt und danach, da der Blutausfluss aus der Nase fortbestand, nicht nur die Nase von vorn so fest als möglich ausgestopft, sondern auch mit Hilfe einer Schleuder ein Wattebausch möglichst fest gegen jedes Nasenloch angepresst. — Zunächst

Digitized by Google

schien es, als ob es gelungen wäre, die Blutung zu stillen, aber schon nach etwa 10 Minuten fing es wieder an, aus beiden Nasenlöchern und in schwächerem Grade auch aus dem Rachen zu bluten. Was nun thun? Hier schien guter Rath theuer. — Da erinnerte ich mich, gehört zu haben, dass Herr Geheimrath Curschmann vor Kurzem in einer Sitzung unserer Gesellschaft, der ich leider nicht hatte beiwohnen können, die zuerst von französischen Autoren empfohlenen Gelatineinjectionen nach eigenen Erfahrungen bei inneren Blutungen als erfolgreich gerühmt hatte. Ich suchte mich also möglichst schnell über die Zusammensetzung der Gelatinelösung zu unterrichten, liess mir dann eine 2,5 proc. neutralisirte und sterilisirte Lösung von Gelatine in physiologischer Kochsalzlösung anfertigen und spritzte von dieser auf 40° erwärmten Lösung dem Kranken 140 ccm unter die Brusthaut. Schon bald nach der Injection wurde die Blutung, die bis dahin unverändert fortbestanden hatte, schwächer, hörte $^3/_4$ Stunden nach der Injection vollständig auf und blieb für 30 Stunden völlig weg.

Bei Blutungen an anderen Körperstellen lässt man die Tampons oder den Druckverband, um eine Wiederkehr der Blutung zu verhüten, möglichst lange liegen. In der Nase und im Nasenrachenraum hat man aber bei zu langem Liegenbleiben der Tampons mehrfach bedenkliche Folgezustände eintreten sehen, wie Meningitiden oder Otitiden. Es hat sich desshalb die Regel ausgebildet, Tampons an diesen Stellen nicht länger als 48 Stunden liegen zu lassen. Da es bei meinem Kranken zudem am 3. Mai höchst unangenehm aus Mund und Nase roch, sah ich mich gezwungen, so ungern ich es that, die Tampons zu entfernen. Eigentlich hate ich beabsichtigt, die Gelatineinjection etwa $^3/_4$ Stunden vor dem Tamponwechsel prophylaktisch zu wiederholen. Durch äussere Umstände wurde ich aber an der Ausführung dieser Absicht verhindert. Ich konnte erst unmittelbar vor der Entfernung der Tampons wieder injiciren und spritzte diesmal 240 ccm ein. Die Tampons wurden darauf so vorsichtig als möglich entfernt. Trotzdem blutete es aus Rachen und Nase wieder so stark, dass ich mich gezwungen sah, da der Patient durch den vorausgegangenen grossen Blutverlust sehr geschwächt war, einen miserablen Puls hatte und sicher nicht mehr viel Blut verlieren durfte, gleich wieder von hinten und von vorn zu tamponiren. Diesmal sickerte nur noch ganz wenig Blut durch die Tampons.

Am nächsten Tage wurden dann nochmals 160 ccm Gelatinelösung injicirt. Weitere Injectionen, die beabsichtigt waren, mussten

Digitized by Google

einer anderweiten, nicht mit den Injectionen in Zusammenhang stehenden Erscheinung wegen, auf die ich dann noch zu sprechen kommen werde, unterbleiben, waren aber zum Glück auch nicht weiter nöthig. Am 4. Mai löste sich der eine Rachentampon ohne Blutung, am nächsten Tag konnte auch der andere Rachentampon entfernt werden, am 6. Mai konnte auch der Tampon aus der rechten Nase fortbleiben und vom 7. Mai ab war gar kein Tampon mehr nöthig.

Schon der mitgetheilte Verlauf spricht dafür, dass die Gelatineinjectionen in dem Falle die Blutstillung, wenn auch nicht allein bewirkt, so doch wesentlich begünstigt haben. Noch beweisender aber dafür, dass die Gerinnungsfähigkeit des Blutes durch die Gelatineinjectionen erhöht wird, scheint mir das Verhalten der Stichcanäle, die beim Einspritzen entstanden. Nach der 1. Injection blutete es so stark aus den Stichcanälen, dass es erst nach mehr als $^1/_4$ Stunde dauernder Compression möglich war, Heftpflaster aufzukleben. Bei der 2. Injection, die mehrere Centimeter von der ersten entfernt vorgenommen wurde, war die Blutung schon viel schwächer, aber es machte sich immer noch eine Zeit lang Compression der kleinen Wunde erforderlich. Nach der 3 Injection genügte einfaches Aufdrücken von Heftpflaster.

Irgend welche erhebliche Störungen wurden durch die Injection nicht hervorgerufen. Naturgemäss entstand zunächst an der Injectionsstelle ein ziemlich heftiges Spannungsgefühl. Unter beständiger leichter Massage wurden aber selbst die grössten injicirten Flüssigkeitsmengen in etwa 10 Minuten vollständig resorbirt und damit verlor sich auch das Spannungsgefühl. — Nach der 3. Injection stellte sich bei dem Kranken eine vorübergehende Temperatursteigerung von 39,1 ° ein. Es sind ja auch von anderen Beobachtern Temperaturen bis zu 40 ° notirt worden, die von ihnen auf die Injection zurückgeführt werden, ob aber bei meinem Kranken das Fieber mit den Einspritzungen zusammenhängt, möchte ich dahingestellt sein lassen, da ja hier die Anwesenheit der sich zersetzenden Blut- und Schleimmassen in Nase und Rachen die Ursache des Fiebers sein könnte.

Jedenfalls halte ich mich nach dem Mitgetheilten für berechtigt, den Herren Collegen das einfache und gefahrlose Verfahren zur Anwendung in ähnlichen Fällen auf das wärmste zu empfehlen.

Wie schon erwähnt, bot der Kranke aber noch eine weitere interessante Erscheinung dar. Als ich ihn am 5. Mai Abends

Digitized by Google

besuchte, klagte er über Spannung und Schwellung aussen am Halse und geringe Schmerzen beim Schlucken. In der That war der Hals verbreitert und man fühlte eine teigige Schwellung und deutliches Knistern, das in geringerem Grade auch in der unteren Hälfte des Gesichtes fühlbar war. Es war also ein Hautemphysem vorhanden, wie ich es ähnlich localisirt 2 mal habe in meiner Poliklinik von Praktikanten durch unvorsichtiges Katheterisiren der Tuba Eustachii hervorrufen sehen. Das Emphysem breitete sich am folgenden Tage noch über die Schultern auf die oberen Abschnitte von Brust und Rücken aus. Wie ist nun das Emphysem bei unserem Kranken entstanden? Wie früher erwähnt, war der Kranke sehr unruhig, trotz beständiger Ermahnungen zur Ruhe und trotz wiederholter Morphiuminjectionen hustete, räusperte und würgte er die ersten Tage und Nächte, wo er die Tampons im Rachen hatte, fortwährend. Ich kann mir nun nicht anders denken, als dass er bei diesen heftigen Abwehrbewegungen durch die im Rachen bestehende Schleimhautwunde Luft in das Gewebe gepresst hat, die sich von da in der angegebenen Weise verbreitet hat. Interessant war es mir, zu sehen, dass die Frauenärzte bei Gebärenden, die die Bauchpresse stark anwendeten, Hautemphysem gleicher Localisation beobachtet haben. Solche Fälle sind conferirt im Centralbl. f. Gynäk. 1897, 32 und ebenda 1898, 1. Genau wie in diesen Fällen verschwand das Emphysem bei meinem Kranken in etwa 14 Tagen. Als er am 20. Mai meine Klinik verliess, waren nur noch kam merkliche Spuren davon vorhanden.

Discussion. Herr Bahrdt erinnert daran, dass Wunderlich seiner Zeit Blutern, wenn sie wegen acuter Blutungen in Behandlung kamen, öfters Arsen gegeben und geglaubt habe, damit die Gerinnungsfähigkeit des Blutes beeinflussen zu können.

Herr Friedrich: Zu den Ausführungen des Herr Vorredners erlaube ich mir einige kurze Bemerkungen hinzuzufügen. Ich habe im Laufe der letzten 3 Jahre 5 mal Bluter zu behandeln gehabt. Ueber den Einen von ihnen, namentlich seine vom gewöhnlichen Typus abweichende Genealogie habe ich Ihnen in einer Sitzung unsrer Gesellschaft vor 2 Jahren berichtet. In den anderen Fällen hat mir Kauterisation und Druckverband gute Dienste gethan; sie entbehren hinsichtlich der Beobachtung und des Heilverlaufs der Besonderheiten; anders in dem Falle, den ich mir zu demonstriren erlauben möchte:

Sie sehen hier den 14jähr., wohlentwickelten, gut genährten Knaben R. D. An seiner Körperoberfläche (Schenkelbeuge, Rücken) finden wir mehrere strahlige Narben, über welche folgende Angaben gemacht werden: Von klein auf habe der Knabe wiederholt bis esstellergrosse flache oder stärker vorspringende blau

Digitized by Google

verfärbte Beulen am Körper bekommen; meist sei während ihres Bestandes und ihrer Entwicklung das Befinden des Knaben gestört gewesen, indem er schwach und hinfällig geworden sei. Ein leichter Stoss sei für gewöhnlich die Veranlassung für die Entwicklung der Beulen geworden. Mehrere von diesen seien aufgebrochen, hätten zu wochenlangen, den Knaben höchst schwächenden Blutungen geführt, seien aber dann wieder verheilt, wovon die Narben restirten. Mehrfach haben die Eltern den Knaben aufgegeben gehabt. 3 Wochen vor Weihnachten 1898 stellte sich eine ähnliche Geschwulst, wie die früheren, am linken Oberarm ein; der Arm schwoll in ganzem Umfange stark an und ward bläulich verfärbt. Während dieser Zeit ging der Kräftezustand des Knaben wieder rapid zurück; ein leichter Stoss hatte auch diesmal die Erscheinungen ausgelöst. Um Weihnachten ward die Haut über der Hauptgeschwulst an der Beugeseite des Oberarm mehr und mehr verfärbt, sehr gespannt und glänzend; am 4. Jan. barst die Haut und der Knabe blutete profus ununterbrochen. Am 5. Januar ward der Knabe meiner Behandlung zugeführt. Die Anaemie war hochgradig, die Lippen bläulich weiss, der Knabe konnte sich vor Schwäche nicht aufrecht halten, collabirte wiederholt, Puls um 160, Temp. 38,2. Der ganze linke Arm zeigte sich geschwollen, der Oberarm im ganzen Umfang blaue Verfärbung; auf der Vorderfläche ein Hautdefect von über 5 Markstückgrösse über einem faustgrossen Haematom, an dessen Rande circulär Blut ununterbrochen hervorsickerte. Ich gebe Ihnen das an jenem Tage aufgenommene Photogramm des Blutungsherdes herum, vorübergehend hätte man an eine sarkomatöse Neubildung denken können, welche spontan oder durch äusseren Insult nach Ulceration blutete. Bei der hochgradigen Schwäche des Knaben wagte ich nicht das Haematom auszuräumen; Druck wurde absolut nicht vertragen, so dass comprimirende Verbände eo ipso ausgeschlossen waren. Kauterisation am Rande war ergebnisslos. Ich stellte die Extremität bei Bettlage des Knaben absolut ruhig, umgab die blutende Stelle mit einem absaugenden, ganz lose applicirten Kranzverband, liess die Blutungsregion selbst ganz frei, tupfte selbst Schritt für Schritt mit steriler Watte ringsum, bis es jedesmal schien, dass ein Wattestück durch sich coagulirendes Blut fixirt werde. Hin und wieder setzte ich geringe Mengen Eisenchlorid der Watte hinzu. Danach liess ich die Blutungsstelle ganz frei, ohne weiteren Verband und überliess das Haematom der Eintrocknung durch die Luft. Am 3. Tage stand die Blutung. Es war nun hochinteressant zu beobachten, wie das Haematom allmählich sich löste; am 11. Tage konnte es ohne jegliches Zerren an der Wundfläche abgehoben werden, so dass jegliche Blutung ausgeschlossen war und dementsprechend auch nicht eintrat. Statt einer dem Alter des Knaben entsprechenden schön rothen Granulationsfläche sah man nunmehr aber eine handtellergrosse Wundfläche von graufahler Färbung, an Pleuraschwarte im Aussehen erinnernd. Nur ganz vereinzelte Granulationsknöpfchen sprossten hie und da hervor. Es war also nach dieser klinischen Beobachtung ganz evident, dass sowohl Binde-

Digitized by Google

gewebs- als Gefässregeneration ein der Jugend des Individuums nicht entfernt entsprechendes Maass von Regenerationstüchtigkeit an den Tag gelegt hatten. Sehr langsam vollzog sich erst eine gleichmässige Granulationsbildung, welche dann ohne weitere Störung bei sehr schonend angelegten Verbänden zur Heilung und Narbenbildung, wie Sie sie hier sehen, führte. Das abgestossene und lufttrocken gewordene Haematom gebe ich Ihnen in seiner ganzen Grösse (Faustgrösse) hier herum. Die Fixation des Arms war immer eine sorgfältige gewesen; sowie der Knabe aufstand und den Arm im Schultergelenk bewegte, stellte sich ein beträchtlicher Bluterguss in dieses ein, der uns erneut zur Ruhigstellung des Gelenkes nöthigte. Als im März nach erfolgter Heilung des Defectes am Oberarm der Arm im Ganzen freigelassen wurde, folgten Blutergüsse in das Ellbogen- und Handgelenk desselben Arms, welche die Ihnen noch sichtbare Störung partieller Ankylosirung hinterlassen haben, da uns eine erneute Fixation geboten schien. Vor 6 Wochen kam der Knabe mit neuem Bluterguss im Obliquus abdominis ext. sin. von etwa Untertassengrösse. Die Haut war darüber leicht abzuheben und in der Musculatur subfascial der pralle, deutlich fluctuirende Bluterguss palpabel. Er ist innerhalb 4 Wochen fast vollständig zur Resorption gelangt. Was diesen Fall also auszeichnet, m. H., ist das Auftreten grosser intramusculärer Haematome, welche an Umfang so zunahmen, dass sie zum Bersten der darüber liegenden Haut führten, der prompte Erfolg der Therapie, sowie die classische Betheiligung der benachbarten Gelenke nach Ruhigstellung derselben zum Zwecke der Therapie. Hervorheben möchte ich an der Hand dieser Beobachtung, dass die Gerinnungsfähigkeit des Blutes als solche eine besondere Differenz nicht zeigte, dass aber die Heilvorgänge an Bindegewebe und Gefässen ohne Zwang die Annahme einer geringeren biologischen Leistungsfähigkeit rechtfertigen. Inwieweit daraus Abweichungen von dem normalen Druckcoefficienten zwischen intracapillarem Gefäss- und pericapillarem Gewebsdruck erklärbar sein dürften, welche so viel leichter als normal das Entstehen einer Blutung überhaupt zu Stande kommen lassen, das dürfen wir eben bis jetzt nur in die Form der Vermuthung kleiden.

Herr Schmidt hat bei ca. 1000 Rachenmandeloperationen 3mal schwere Blutungen erlebt, einmal noch 14 Tage nach der Operation. Er zieht die Tamponade des Rachens von vorn durch die Nase der von unten vor.

Herr Curschmann hat die günstigen Erfolge der Gelatineinjectionen, über welche er in der Sitzung am 7. Februar d. J. berichtet hat, auch in letzter Zeit wiederholt bestätigen können, und wendet sie in jedem Fall von schwerer, chirurgisch nicht zugänglicher Blutung an.

Discussion über den Vortrag des Herrn **His jun.: Kritische Betrachtungen über die Behandlung der Gicht.**

Herr Curschmann hält die Form der Lebensweise mehr für ein die Arthritis urica auslösendes Moment und glaubt, dass

Digitized by Google

Klima, Rassenverhältnisse und Erblichkeit aetiologisch eine erheblich grössere Rolle spielen. Die Gicht sei durchaus nicht in den Gegenden am häufigsten, wo die Menschen am besten lebten. Herr C. demonstrirt ferner eine Anzahl instructiver Gipsabgüsse von Händen, welche durch Gicht und chronischen Rheumatismus deformirt sind.

Herr Lohse bemerkt, dass Alkoholiker gewöhnlich so lange frei von Gicht bleiben, so lange sie schwere körperliche Arbeit verrichten, und erst dann bisweilen erkranken, wenn sie unter andere Lebensbedingungen kommen; desshalb findet man die Gicht bei Bierbrauern erst dann, wenn sie in selbständige Stellungen als Brauereibesitzer oder Restaurateure gekommen sind. Die Heredität spielt aetiologisch jedenfalls eine bedeutende Rolle. In therapeutischer Beziehung kommen neben den üblichen Diätverordnungen reichliche körperliche Bewegungen und Bäder (Herr L. bevorzugt Salzschlirf), an Medicamenten neben Colchicum, auf das alle Gichtiker reagiren, Aconit und Guajakol in Betracht. Im Anfalle selbst hat Herr L. von Blutentziehungen gute Wirkungen gesehen.

Herr Bahrdt hat nach starken Anstrengungen (Bergtouren) bei Gichtikern acute Anfälle beobachtet, und räth desshalb, die Verordnung körperlicher Bewegung in vorsichtigen Grenzen zu halten. Colchicum, am beliebtesten ist bei den meisten Kranken der Liqueur Laville, scheint auch ihm das wirksamste Medicament zu sein.

Herr His jun. weist darauf hin, dass die Bleigicht bisher noch niemals bei Frauen beobachtet worden ist; auch bei dieser Form der Gicht scheint der Alkoholismus, wenn er ein — hier durch Bleiintoxication — prädisponirtes Individuum trifft, aetiologisch wichtig zu sein. Herr His frägt ferner, in welcher Weise die hiesigen Praktiker das Colchicum geben. Dasselbe werde bisweilen, vor dem Gichtanfall, bei Prodromalerscheinungen gegeben, die englischen Aerzte geben es erst nach dem Anfall; man findet sogar die Anschauung vertreten, dass anderweitige Störungen entstehen sollen, wenn ein Gichtanfall durch das Medicament zurückgehalten worden sei. Endlich frägt Herr His, ob Jemand Erfahrungen über die chirurgische Behandlung der Harnsäureablagerungen besitzt. Gewisse Localisationen derselben, z. B. in manchen Schleimbeuteln, eignen sich zur operativen Behandlung.

Ueber die letztere Frage äussert sich Niemand. Herr Lohse und Bahrdt geben Colchicum nach Auftreten des Gichtanfalls.

Herr Lohse kennt aber alte Gichtiker, welche das Mittel nehmen, wenn sie irgend etwas Wichtiges vorhaben, in der Meinung, dass dann ein Anfall sicher ausbleibt.

Herr Freymann hat einen in der hiesigen Engelapotheke hergestellten Colchicumliqueur prompt wirksam gefunden.

Herr Lenhartz sagt, dass von manchen seiner Kranken die Pilulae Laville dem Liqueur vorgezogen werden.

Digitized by Google

Zum Schluss warnt Herr His vor einem neuerdings mit Reclame in den Handel gebrachten Gichtliqueur: «Liqueur Bécamp». Derselbe besteht aus Jodkali, Natr. salicyl., Extract. Gentianae und Wein, kostet aber pro Flasche 10 Mark.

Sitzung vom 13. Juni 1899.

Vorsitzender: Herr Bahrdt. Schriftführer: Herr Braun.

Herr Riehl demonstrirt einen sogen. **Schlangenmenschen**, welcher neben der aussergewöhnlichen Expansionsfähigkeit der Gelenke eine die Norm überschreitende Dehnbarkeit und Elasticität der Haut besitzt. R. erinnert an seine Demonstration eines Falles von Cutis laxa im letzten Wintersemester und an die zu dieser Zeit erfolgte Besprechung der Theorien. Das gleichzeitige Vorkommen von abnormer Dehnbarkeit und Elasticität der Haut und der Gelenke scheint ihm besonders bemerkenswerth und für eine eigenthümliche Veranlagung — im Gegensatz zu der andererseits supponirten krankhaften Veränderung der Haut bei Cutis laxa — zu sprechen.

Herr Spalteholz macht darauf aufmerksam, dass die abnorme Beweglichkeit der Wirbelsäule in diesem Falle, wie immer, beschränkt ist auf die Lendenwirbelsäule und den untersten Abschnitt der Brustwirbelsäule.

Herr His sen. demonstrirte Projectionsbilder nach Steger's anatomischen Modellen.

Digitized by Google

Sitzung vom 27. Juni 1899.

Vorsitzender: Herr Curschmann.
Schriftführer: Herr Braun.

Herr Thiersch macht bekannt, dass vom Juli bis September unter sachverständiger Leitung Kochcurse für Aerzte abgehalten werden sollen und bittet die Herren, die sich daran zu betheiligen wünschen, um Mittheilung.

Herr Kölliker: **Ueber erworbenen Hochstand der Scapula. Demonstration eines Patienten und einer die Deformität aufweisenden Scapula.**

Im Jahre 1891 hat Sprengel auf eine bis dahin nicht gewürdigte Deformität der Scapula aufmerksam gemacht, den angeborenen Hochstand der Scapula Der Publication von Sprengel reihten sich bald eine ganze Anzahl weiterer Fälle von angeborenem Hochstand der Scapula an, so dass die Casuistik dieser Difformität schon ziemlich reichhaltig ist. Ich selbst habe 5 Fälle dieses Leidens beobachtet und einen operativ Behandelten seiner Zeit der Gesellschaft vorgestellt. Ich erzielte in diesem Falle durch Resection des oberen inneren Schulterblattwinkels eine wesentliche Besserung der Stellung der Scapula

Dass die Deformität auch erworben vorkommen kann, war nicht bekannt. Im Jahre 1898 habe ich als Erster einen erworbenen Hochstand der Scapula beobachtet und auch im gleichen Jahre Mittheilung über diese Beobachtung auf dem Chirurgencongress gemacht.

Der erworbene Hochstand der Scapula ist eine rachitische Deformität, deren Wesen ich am besten an einer Scapula, die von einer 57 Jahre alten, schwer rachitischen Frau stammt, demonstrire. Die Scapula ist stark mit vorderer Concavität gekrümmt, der Processus coracoideus ist bedeutend verlängert und verbreitert, ebenso hat das Akromion eine nicht unerhebliche Verbreiterung erfahren. Die Gelenkpfanne ist statt nach aussen mehr nach vorn hin gerichtet.

Digitized by Google

Die klinischen Erscheinungen des erworbenen Hochstandes des Schulterblattes sind folgende: Die Scapula steht abnorm hoch, ihr unterer Winkel weicht vom Thorax ab, die Schulter und mit ihr der Arm ist nach vorn, innen und besonders stark nach unten gesunken. Die untere Halsgegend erscheint verbreitert, namentlich springt der laterale Rand des Cucullaris stark vor, dabei ist die Infraclaviculargrube vertieft. Der Rabenschnabelfortsatz lässt sich als langer, breiter Knochen leicht medial am Humeruskopfe abtasten, der obere, innere Schulterblattwinkel steht unmittelbar oberhalb der Clavicula, der Abstand beträgt kaum einen Querfinger. Ist das Leiden doppelseitig, dann erscheint die ganze Brust tief eingesunken, während die schmalen Enden des Schlüsselbeins vorgedrängt werden.

Zu meinem im vergangenen Jahre beobachteten Falle, der ein 14 Jahre altes Mädchen betraf, kommen nun zwei weitere Fälle, von denen der eine demonstrirt wird. Es handelt sich um einen 22 Jahre alten Mann, den ich im Jahre 1884 als Kind an Pectus carinatum behandelt habe. Zu dieser Zeit war noch keinerlei Andeutung der nun bestehenden Deformität vorhanden. Die Difformität ist doppelseitig, rechts stärker ausgesprochen als links, und weist alle oben geschilderten, charakteristischen klinischen Erscheinungen auf.

Die Erkrankung ist von Wichtigkeit, weil sie nicht ohne erhebliche Functionsstörung des Armes bleibt. Die Hebung des Armes ist stets mehr oder weniger behindert, der Arm kann kaum bis zur Horizontalen erhoben werden, weil alsdann Knochenhemmung und zwar durch den verlängerten und verbreiterten Rabenschnabelfortsatz eintritt.

Therapeutisch ist der Versuch zu empfehlen, durch Anlegung eines Corsets mit elastischen Zügen über die Schultern die Stellung der Schulterblätter zu verbessern. Bleibt diese Maassnahme erfolglos, dann ist die Resection des Rabenschnabelfortsatzes angezeigt. Die Operation hat in folgender Weise zu geschehen: Schnitt beginnend an der Grenze des mittleren und äusseren Drittels des Schüsselbeines und schräg nach aussen zur vorderen Achselfalte verlaufend. Der Ansatz des Deltoideus wird eine Strecke weit von der Clavicula abgelöst, der Muskel mit einem Wundhaken nach aussen verzogen. Die Vena cephalica wird nach der medialen Seite hin unter einen Wundhaken genommen. Es folgt die Ablösung des Pectoralis minor, Coracobrachialis und des kurzen Bicepskopfes vom Processus coracoideus und die Resection des Knochens. Die abgelösten Muskeln werden mit dem Periost des Knochenstumpfes und mit dem Lig. coraco-claviculare vernäht.

2. Herr **Kölliker** demonstrirt einen durch Resection gewonnenen **Wurmfortsatz.** Bei Gelegenheit einer Entfernung der rechtsseitigen Adnexe wegen schon lange Zeit bestehender gonorrhoischer Salpingitis durch Herrn Dr. **Huber**, unter Assistenz des Vortragenden, fand sich der Wurmfortsatz erigirt und verlängert. In seinem Innern war ein Kothstein. Vortragender entfernte daher nach Abschluss der Adnexoperation auch noch den Wurmfortsatz. Der aufgeschnittene Wurmfortsatz zeigte an der Stelle,

Digitized by Google

an der der Kothstein lag, Haemorrhagien und oberflächliche Ulcerationen. Peripher von dem Kothstein enthielt er eiterigen Schleim. Es handelte sich daher um eine beginnende Epityphlitis, die sicher in Kürze in Erscheinung getreten wäre. Vortragender empfiehlt, bei allen Laparotomien nach dem Wurmfortsatz zu sehen und ihn, falls er Zeichen von Erkrankung zeigt, zu entfernen.

3. Herr **Kölliker** und **Sachse** besprechen die **Nachbehandlung der halbseitigen Unterkieferresection.** **Kölliker** hat wegen Sarkom die linke Unterkieferhälfte bis oberhalb des Kieferwinkels resecirt, ferner einen Theil des Mundbodens und die erkrankten submaxillaren Drüsen entfernt. Der Schnitt durchtrennte Unterlippe und Kinn in der Mittellinie und erstreckte sich längs des Kieferrandes bis jenseits des Kieferwinkels. Der Knochen wurde mit der Gigli'schen Drahtsäge durchtrennt. Zur Vermeidung der Adductionsstellung des zurückbleibenden Theiles des aufsteigenden Kieferastes wurde der M. pterygoideus internus am Knochen abgelöst. Die Anlegung der interdentalen Nachbehandlungsschiene erfolgte sofort nach Schluss der Operation, sie wurde mit Jodoformgaze behufs Tamponade der Wunde umwickelt. (Autoreferat.)

Herr Zahnarzt **Sachse**: Die Continuitätstrennung des Unterkiefers durch Resection eines Stückes des Kiefers ist desshalb eine besonders verstümmelnde Operation, weil durch den natürlichen Heilungsprocess die Verstümmelung noch an Auffälligkeit zunimmt: Nach Resection einer Kieferhälfte sinken die Weichtheile an der operirten Seite ein, die Unterlippe tritt hinter die Zähne des Oberkiefers, das Kinn wird klein und spitz. Der zurückgelassene Kieferrest wird durch den Muskelzug (Mm. biventer, genioglossus, geniohyoideus) und die spätere Narbencontraction nach der Seite des Defectes zu und damit in den Mund hineingezogen, so dass die Articulation bald gestört wird und die Unterzähne auf die Schleimhaut des harten Gaumens beissen. Die Zunge wird durch den Styloglossus und Stylohyoideus nach hinten gezogen und behindert das Schlucken; in Folge dessen tritt wieder Speichelfluss ein, welchen der Patient nicht bewältigen kann; die Sprache ist sehr erschwert.

Die Störungen, welche nach Resection von Unterkiefertheilen beobachtet werden, können demnach in folgende Kategorien untergebracht werden:

Störungen des Kauactes,
„ des Schluckactes,
„ der Sprache,
Belästigung durch Ueberfliessen von Speichel,
Aeussere Entstellung (Boennecken).

Ihre Beseitigung erstrebt die moderne Zahnheilkunde nach zwei Methoden: «Die Prothèse immédiate nach Claude Martin» und durch den «Sauer'schen Resectionsverband» bezw. dessen Modificationen. Während Claude Martin sofort nach der Resection einen dem resecirten Theil entsprechenden Ersatz aus Kautschuk an die Kieferstümpfe mit Schrauben befestigte —

Digitized by Google

eine Methode, welche trotz einiger guter damit erzielter Erfolge durchaus nicht den Anforderungen der Antisepsis entspricht — beschränkt sich die Sauer'sche Methode darauf, die Kieferstümpfe in normaler Lage zu halten, einen Stützpunkt zum Annähen der Zunge zu verschaffen und erst nach vollendeter Heilung einen Ersatz zu liefern.

Vermittelst geeigneter Schienen aus Metall oder Kautschuk wird an der buccalen Seite des Unterkieferrestes eine nach aussen und oben geneigte schiefe Ebene befestigt, auf welche beim Zusammenbeissen die Zähne des Oberkiefers auftreffen. Die beim Biss verwendete Kraft bewirkt nun, dass der Unterkieferrest nach aussen und damit in seine normale Lage und Articulation gezogen wird. Wird nun an diese Schiene eine Drahtschlinge befestigt, welche in den Defect hinein ragt, gewissermaassen die Stelle des resecirten Knochens einnimmt, so kann an diese Schlinge sowohl die Zunge, wenn nöthig, angeheftet werden, als dient dieselbe besonders auch dazu, in der ersten Zeit den Jodoformgazetampon sicher an der richtigen Stelle zu halten. Im weiteren Verlauf der Heilung wird um diese Drahtschlinge ein künstlicher Unterkiefer aus schwarzer Guttapercha modellirt, welcher längere Zeit tragen gelassen wird, da die schwarze Guttapercha im Munde sich nach dem Druck der Weichtheile formt und damit einen genauen Ab druck der Mundhöhle bietet. Erst nach vollendeter Heilung wird an Stelle der Guttapercha ein künstliche Zähne tragender Ersatz aus Kautschuck eingesetzt.

Vortragender demonstrirt eine nach dieser Methode behandelte Patientin, welche mit dem rechtsseitigen Kieferrest normal articulirt und eine denselben bedeckenden Kautschukschiene mit schiefer Ebene trägt. Der Defect linksseitig ist mit schwarzer Guttapercha ausgefüllt — ein aufgetretenes Recidiv verhinderte die weitere Behandlung; trotzdem spricht, kaut, schluckt die Patientin ganz normal und war auch das Aussehen der Patientin vor Auftreten des Recidives ein in keiner Weise entstelltes.

Die Vorzüge dieser Behandlung sind, dass der Apparat nur auf der gesunden Seite sitzt, in keiner Weise die Wunde irritiren kann, den Jodoformgazetampon festhält, leicht herausgenommen und gereinigt werden kann und stets einen Ueberblick über die Wunde gestattet, auch den Patienten in keiner Weise belästigt, sondern vielmehr demselben gestattet, bald nach der Operation wieder zu kauen und deutlich zu sprechen.

Herr **Langerhans** und **Donat** berichten in Form von Referaten über den gegenwärtigen Stand der Frage von der **Enteroptose.**

Herr **Donat: Ueber Enteroptose.**

Redner beabsichtigte Anfangs, den Zusammenhang der Enteroptose mit gynäkologischen Erkrankungen zu schildern, musste aber während des Studiums der einschlägigen Literatur davon Abstand nehmen, weil das Ergebniss zu gering geworden wäre und weil die Enteroptose, wie sie jetzt verstanden wird, für den internen

Digitized by Google

Arzt das gleiche Interesse bietet, wie für den Chirurgen und Gynäkologen.

Herr Langerhans hat eben festgestellt, dass pathologische Wanderungen der Bauchorgane vorkommen und dass man die Vergesellschaftung der Organverlagerungen unter dem gemeinsamen Namen der Enteroptose zusammenfassen kann.

Die heutige weitere Besprechung des Themas ist ein Versuch, die Aetiologie, Symptome, Diagnose und Behandlung der Enteroptose zu schildern und weitere Anregung zur Discussion über eine Reihe noch strittiger Punkte zu geben.

Vor Besprechung der Aetiologie lenkt Redner die Aufmerksamkeit auf den intraabdominellen Druck, über dessen Entstehung, Art und Grösse nur einige wenige Arbeiten mit zum Theil entgegengesetzten Resultaten vorhanden sind. Er referirt kurz über die Ansichten von Braune, Schatz, Weisker, Moritz, Schwerdt und stellt fest, dass es bisher nicht gelungen ist, durch manometrische Messungen Sicheres über die Grösse und den Wechsel des intraabdominellen Druckes zu erfahren.

D. nimmt an, dass normaler Weise die Eingeweide in der Bauchhöhle unter einem labilen Druck gehalten werden, wobei die vordere Bauchwand eine wichtige Rolle, wie die einer Bandage, spielt; er erinnert an die normale Beweglichkeit der Bauchorgane, ihre wechselnde Füllung mit ihrem Einfluss auf die Umgebung, weist darauf hin, wie die Bandapparate die Grösse der Beweglichkeit der Organe reguliren und wie sich die letzteren gegenseitig stützen. Der bestehende Druck in der Bauchhöhle kann durch Muskelactionen sicher verstärkt werden, er kann aber auch bei geneigten Körperstellungen (Steissrücken- und Beckenhochlage) in den unteren Partien negativ werden. Redner würde erfreut sein, wenn die Discussion allgemein Annehmbares über den intraabdominellen Druck zeitigte, ob neben dem sogenannten Spannungsdruck seitens der vorderen Bauchwand auch ein Belastungsdruck seitens der einzelnen Organe (Schwerdt) anzunehmen ist.

So viel ist gewiss, dass die Herabsetzung des intraabdominellen Druckes eine ganz hervorragende Rolle in der Aetiologie der Enteroptose spielt. Der Eintheilung von Langerhans folgend, bespricht D. zuerst die Landau'sche postpuerperale Enteroptose: Häufige Schwangerschaften, schlecht abgewartete Wochenbetten führen zu einer Erschlaffung der vorderen Bauchwand, es entsteht ein Hängebauch mit

Digitized by Google

oder ohne Diastase der Recti. Die Relaxation der Bauchdecken vergrössert den Bauchraum ohne Zunahme seines Volumens, die normale Beweglichkeit der einzelnen Organe kann in eine pathologische übergehen. Für die Wanderniere steht dies aetiologisch fest. Eine Erschlaffung der Bauchdecken oder Insufficienz derselben kann neben der Ueberdehnung auch durch Verfettung zu Stande kommen; Obrastzow legt grossen Werth auf fehlerhafte Innervation. Schatz nimmt an, dass bei Hängebauch, Bauchbrüchen, Fettmangel die Wanderung der in der Zwerchfellkuppel liegenden Organe dadurch zu Stande kommt, dass die letztere verkleinert wird. Die in ihr liegenden Organe, Leber, Magen werden dadurch in ihrer Lage gehalten, dass die viel kräftiger befestigten Därme nicht nach oben können, sie stützen die über ihnen liegenden Organe, und fehlt diese Stütze, so treten Magen und Leber tiefer.

Der intraabdominelle Druck wird ferner herabgesetzt durch Schwinden des intraabdominellen Fettes und Erschlaffung der Bandapparate; vorübergehend tritt dies nach acuten, schweren fieberhaften, dauernd bei chronischen, zehrenden Krankheiten ein.

Hier geht Redner näher auf die Aetiologie der zweiten Form der Enteroptose nach Langerhans, der sogenannten Meinert'schen, ein. Hier spielen die Bauchdecken keine Rolle, sondern die Chlorose, diese führt zu Gastroptose sehr oft zusammen mit Nephroptose und Senkung des Kolon transversum. Die Senkung des Magens kommt durch Nachgeben der anaemischen Befestigungen einerseits, andererseits durch stärkere und längere Belastung des Magens in Folge Stagnation seines Inhaltes zu Stande. Meinert, Schwerdt, Lund und Andere beschuldigen das Corset und Schnüren; dadurch wird die untere Thoraxapertur verengert und die in ihr liegenden Organe verdrängt. D. will Corset und Schnüren als ganz verschiedene Dinge trennen, hält letzteres immer für schädlich, sobald es übertrieben wird. Das Corset kann Schaden stiften bei allen Fällen ererbter Disposition zur Enteroptose (s. unten), bei jungen, chlorotischen, fettleibigen Mädchen in den Entwicklungsjahren, bei vorhandenem Hängebauch ohne Stützapparat desselben, bei gleichzeitiger zu starker Belastung des Corsets durch schwere Kleider.

Wie Langerhans, so erklärt auch D. betreffs der Meinert'schen Enteroptose die Chlorose als das Primäre, nicht wie Meinert will, die Enteroptose.

Digitized by Google

Als weitere aetiologische Momente der Enteroptose werden noch Traumen und körperliche Anstrengungen (Bergsteigen, Reiten etc.) genannt, aber mit Recht angezweifelt. Viel häufiger scheint eine congenitale Anlage zur Enteroptose zu bestehen. Als Beispiel citirt D. zwei Arbeiten von Rosenthal und Comby. Ersterer untersuchte 83 Kinder von 7—14 Jahren betreffs des Standes der Nieren und fand unter 51 Mädchen 26 mal, dass die rechte Niere an der unteren Rippe bis zu $^2/_3$ des Organes zu fühlen war. In 2 Fällen bestand Wanderniere. Bei 32 Knaben war die Niere nur 2 mal zu fühlen. Comby beobachtete bei 25 Kindern im Alter von 3 Monaten bis 14 Jahren 6 Fälle von beweglicher Niere, bei 4 Kindern allgemeine Enteroptose. Das überwiegende Vorkommen der Nephroptose bei Frauen wird darauf zurückgeführt, dass die paravertebralen Nischen für die Nieren bei diesen seichter als bei Männern sind. Auch Meinert und Andere nehmen eine congenitale Anlage zur Enteroptose an.

Die Symptome der Enteroptose sind von vielen Beobachtern entschieden übertrieben und zu weitgehend geschildert worden. Es fragt sich, hat die Senkung einzelner Organe Folgen und welche Beschwerden und Symptome treten auf?

Wir wissen, dass eine ganze Reihe sicherer Fälle von Enteroptose keine Beschwerden macht, vor Allem die leichteren von Relaxation der Bauchdecken. Ist der Hängebauch bedeutend, ist intraabdomineller Fettschwund gleichzeitig eingetreten, gesellen sich dazu aus anderen Ursachen Senkungen der Genitalien, so sieht man der elenden arbeitsunfähigen Kranken ihr Leiden an. Auf die Einzelsymptome dabei hier einzugehen, verzichtet Redner. Dass die Senkung und Wanderung der Nieren Folgen hat, die sich in den bekannten Symptomen: Anfälle von krampfartigen Schmerzen, Aufstossen, Erbrechen, Harndrang etc. geltend machen, ist bekannt, ebenso die Hydronephrose als Folge der Wanderniere.

Schwieriger in der Beurtheilung sind schon die Symptome bei der Meinert'schen Enteroptose, beziehungsweise der Gastroptose. Die Symptome der Bleichsucht treten oft ganz zurück, solche des Magens und vor Allem des Nervensystems sind im Vordergrund. Man nimmt daher dyspeptische, neuralgische und neurasthenische Symptome an. Neben Appetitlosigkeit und intermittirenden heftigen Magenschmerzen finden sich Secretionsanomalien theils durch venöse Stauung im gesenkten Magen, theils durch Vermittelung des Nervensystems bedingt. «Das Tiefer-

Digitized by Google

treten der Baucheingeweide», führt Langerhans an, «ändert die mechanischen Verhältnisse dahin, dass dauernde Insulte auftreten, wodurch die Organe in ihrer Arbeit beeinflusst und gestört werden.» Den sich cumulirenden Wirkungen Anfangs kleiner Schädlichkeiten erliegt das Centralnervensystem und am ehesten da, wo individuelle Anlage (Hysterie, Neurasthenie) besteht. Eine Reihe nervöser Störungen soll auch durch Reizung beziehungsweise Zerrung des Bauchgangliensystems entstehen; hierher gehören vor Allem die Verdauungsstörungen, wie sie der nervösen Dyspepsie und intestinalen Neurasthenie zukommen. Flatulenz und Verstopfung sind wohl oft bei Enteroptose zu finden, am meisten aber bei Coloptose. Ob durch Parese des Darmrohres, verlangsamte Peristaltik und Verstopfung Production giftiger Substanzen, falsche Diarrhoen oder durch Autointoxication schwere nervöse Störungen hervorgerufen werden, das wird wohl nur bei solchen Fällen sicher als Enteroptosesymptom festgestellt werden können, welche auch sonst in ihrer Diagnose einwandsfrei sind.

Wie heute die Enteroptose aufzufassen ist, bedürfen wir zur Stellung der Diagnose nicht nur den Nachweis der Senkung eines Organes, sondern mindestens die von zweien oder mehreren. Die Coincidenz der Senkung zweier Organe ist längst bekannt.

Redner erinnert an die häufigen Befunde von Gastroptose und Nephroptose, von Gastroptose und Coloptose, an die gleichzeitige Senkung von Magen, Leber und Nieren. Auf die Diagnose der Nephroptose braucht er nicht einzugehen, er möchte aber in der Discussion die Frage entschieden wissen, ob zur Diagnose der Gastroptose stets die Aufblähung des Magens nothwendig ist. Differentiell-diagnostisch ist die Unterscheidung des erweiterten und gesenkten Magens wichtig. Den von Edebohls wiederholt erwähnten Zusammenhang von Wanderniere und Appendicitis kann man diagnostisch ebenfalls verwerthen. Den häufig gemeldeten und beschriebenen Befund: Wanderniere und Retroflexio will Redner als nicht hierhergehörig ansehen; er glaubt keineswegs an einen Zusammenhang, ausser in den ausgesprochenen Fällen von Landau'scher Enteroptose, wo vielleicht nebenbei eine Erschlaffung der den Uterus haltenden Bänder eingetreten ist und letzterer sich zu senken beginnt.

Die Aetiologie der Retroflexio, die der Senkung und des Vorfalles von Uterus und Scheide ist eine so verschiedene und andersgeartete als die der Enteroptose, dass hier eine scharfe

Digitized by Google

Trennung festgehalten werden muss. Zudem scheint die Retroflexio in sehr vielen Fällen congenital zu sein; wird diese neben Wanderniere gefunden, so ist man nicht berechtigt, einen inneren Zusammenhang anzunehmen.

Die Therapie muss zunächst eine prophylaktische sein. Die Prophylaxe setzt am sichersten betreffs der Landau'schen Enteroptose schon in der Schwangerschaft ein; durch passende Leibbinden kann man vom 7. Monat der Schwangerschaft an eine Ueberdehnung der Bauchdecken zu verhindern versuchen; beste Pflege in den Wochenbetten, Vermeidung früher Anstrengungen, Leibbinde mindestens noch 6 Wochen post partum wird hier viel nützen. Prophylaktisch wird man auch gegen die Meinert'sche Enteroptose ankämpfen können. Behandlung der Chlorose, Vermeiden von drückenden Corsets und Schnüren (s. oben) etc. Ebenso wird die Prophylaxe bei den Formen der Enteroptose nach acuten, zehrenden Krankheiten rechtzeitig einsetzen können.

Die tonisirende Behandlung der Gastroptose spielt eine hervorragende Rolle, ebenso Mastcuren, langes Liegen, mit seiner günstigen Wirkung auf die Erweiterung der Zwerchfellkuppel. Bandagen sind bei ausgesprochener Landau'scher Gastroptose nicht zu entbehren und werden in verschiedensten Formen angegeben, daneben sind gymnastische Uebungen der Bauchmuskeln werthvoll, von minderem Nutzen Elektricität und Massage.

Die Nephrorhaphie bleibt nur in den Fällen das einzige Heilmittel, wo die Beschwerden sicher nur von der wandernden Niere ausgehen.

Digitized by Google

Sitzung vom 11. Juli 1899.

Vorsitzender: Herr Curschmann, Schriftführer: Herr Braun.

Herr **Curschmann** gedenkt des verstorbenen Mitgliedes der Gesellschaft, des Privatdocenten Dr. Max Dolega, zu dessen Ehren sich die Anwesenden von ihren Plätzen erheben.

Herr **Curschmann** demonstrirt einen **Centrifugenapparat.**

Discussion über die Referate der Herren **Langerhans** und **Donat: Ueber Enteroptose** (s. vor. Sitzung).

Herr Menge: M. H.! Beide Herren Referenten scheinen dem Corsett als aetiologischem Factor für die Enteroptose einen nur geringen Werth beizumessen, besonders Herr Langerhans, der das Corsett vielmehr als ein rationelles Kleidungsstück bezeichnet hat. Ich stimme der Ansicht, dass das Corsett als Druckvertheiler rationell wirkt, völlig bei, füge aber sogleich hinzu, dass dasselbe nur solange rationell bleibt, als kein Missbrauch mit ihm getrieben wird. So lange das Corsett locker getragen wird, wirkt es dem schädlichen Druck der Rockbänder sicher bis zu einem gewissen Grade entgegen. Aber wer, meine Herren, trägt heutzutage ein Corsett locker? Der Apparat wird allgemein zum Schnüren, zu einer angeblichen Verfeinerung der Figur, nicht aber als Druckschutzmittel benutzt. Dass das Corsett als Schnürapparat schädlich ist und besonders ungünstig auch auf die Lage der Eingeweide wirkt, scheint mir aus meiner Beobachtung hervorzugehen, dass Fälle von Enteroptose mit Nephroptose sich nur dann durch eine Leibbinde günstig beeinflussen lassen, wenn gleichzeitig das gewöhnliche Corsett durch ein lockeres mit Schultergurten versehenes Leibchen ersetzt wird, an welchem alle Röcke hängend getragen werden. Ein solches Leibchen, welches auch einige Stangen in sich tragen muss, damit es sich nicht rollt, welches das feste Binden der Röcke, die angeknöpft oder angehakt werden, nicht nur überflüssig, sondern bei richtigem Gebrauche unmöglich macht, muss von geübten Schneiderinnen für die Figur gearbeitet werden, damit es bei den Damen der Gesellschaft nicht auf zu grossen Widerstand stösst. Die Schultergurten müssen breit und so construirt sein, dass sie von den Schultern nicht herabgleiten. Wenn es der Ueberredungskunst eines Arztes erst einmal gelungen ist, eine Frau zum längeren Gebrauch eines derartigen Reform-

Digitized by Google

corsettes zu bestimmen, dann wird er die Freude erleben, dass es die Trägerin nicht wieder ablegt.

Lässt man bei Enteroptose eine Leibbinde tragen, ohne das Schnürcorsett zu beseitigen, so kann man eine Vermehrung der Beschwerden erleben, weil die Baucheingeweide von oben und von unten gepresst werden.

Sehr richtig erscheint mir die von Herrn Donat betonte Prophylaxe der Enteroptose im Sinne Landau's. Er übt sie dadurch, dass er schon während der Schwangerschaft und auch noch längere Zeit nach der Geburt eine Leibbinde tragen lässt. Ich bin in gleicher Weise vorgegangen und habe den Eindruck, dass dadurch die Bauchdeckenspannung günstig beeinflusst wird.

Von Küstner ist seiner Zeit der Vorschlag ausgegangen, zur Verhütung der postpuerperalen Retroflexio uteri die Wöchnerinnen sehr bald nach der Geburt aufstehen zu lassen. Dieser Vorschlag muss im Hinblick auf die Prophylaxe der Enteroptose meines Erachtens zurückgewiesen werden. Die Bauchdecken sind so kurze Zeit nach der Geburt noch nicht wieder genügend gefestigt, ebensowenig wie die Bandapparate der Beckenorgane und der Beckenboden. Darum sieht man besonders bei den Frauen der arbeitenden Classe, die nothgedrungen frühzeitig das Wochenbett verlassen, die Enteroptose im Landau'schen Sinne und den complicirenden Genitalvorfall entstehen.

Mit Rücksicht auf die Versuche, die Nephroptose local zu behandeln, interessirte mich sehr die Angabe der Herren Referenten, dass die Wanderniere niemals ein isolirtes Leiden darstellt, sondern immer nur eine Theilerscheinung der Enteroptose ist. Daraus wird das Fiasco erklärlich, welches man bisher fast durchweg bei der Behandlung der beweglichen Niere erlebt hat. Besondere Nierenbinden mit Pelotten haben, so viel ich weiss, nirgends die behandelnden Aerzte zufrieden gestellt, und der Effect der Nephrorrhaphie ist, wie ich aus Beobachtungen der hiesigen Frauenklinik entnehmen darf, gewöhnlich ein unbefriedigender. Ich erinnere mich nur eines einzigen Falles von wirklich vorzüglicher Wirkung der operativen conservativen Behandlung, muss aber betonen, dass die Patientin kurz nach der Operation durch Fettansatz ca. 25 Pfund an Körpergewicht zunahm. Es liegt also sehr nahe, für diesen günstigen Effect die Aufbesserung des Ernährungszustandes der Patientin allein verantwortlich zu machen.

Herr Zweifel möchte den Begriff der Enteroptose doch etwas einschränken, insofern, als Verlagerungen des Magens und der Niere auch allein vorkommen, und insofern, als ein grosser Theil der Verlagerungen der weiblichen Genitalien (Prolapsus uteri und Retroflexio uteri) sich nicht in dieses allgemeine Krankheitsbild einfügen lassen. Der Umstand, der sich bei fast allen Kranken mit Verschiebungen der Abdominalorgane vorfindet, ist der, dass sie mager sind und gewöhnlich früher fetter waren. Die Schwangerschaft ist insofern von aetiologischer Wichtigkeit für den Eintritt einer Verschiebung der Beckenorgane, als während der Schwangerschaft das Beckenfett fast völlig schwindet. Sammelt es sich nachher nicht wieder an, so ist die Möglichkeit einer

Digitized by Google

Senkung der Organe gegeben. Der Fettschwund spielt auch für die Entstehung der Verlagerung der übrigen Bauchorgane, besonders der Niere, eine wesentliche Rolle. Bezüglich der Corsettfrage steht Herr Zweifel auf dem von Herrn Menge eingenommenen Standpunkt. Der Kampf muss sich nicht bloss gegen das Corsett, sondern auch gegen das Trägen der üblichen schweren Unterröcke richten. Statt ihrer sollten von den Frauen geschlossene Unterbeinkleider getragen werden, wie es in England und Amerika längst üblich ist. Therapeutisch ist wohl das Wesentliche, den Fettansatz bei den Kranken zu befördern. Bandagen will Herr Zweifel nicht ganz verwerfen. Auch die Nephrorrhaphie will er nicht aufgeben. Er hat doch im Allgemeinen den Eindruck gewonnen, dass die Kranken mit dem Resultat der Operation zufrieden gewesen sind; ausserdem hat die Nephrorrhaphie eine prophylaktische Bedeutung, indem sie die Möglichkeit einer Abknickung des Ureters der verlagerten Niere verhindert.

Herr Krönig: Die Enteroptose greift vielfach in das Gebiet der Gynäkologie über. Einmal kommen oft zum Gynäkologen Frauen, bei denen nur das ausgesprochene anatomische Bild der Enteroptose vorliegt, ohne dass diese ein Leiden der Generationsorgane aufweisen, andererseits vergesellschaftet sich sehr oft die Lageanomalie der Bauchorgane mit Lageanomalie der weiblichen Geschlechtsorgane und zwar speciell mit der Retrodeviation und dem Descensus des Uterus. Es mag diese häufige Coincidenz der Lageanomalien eine zufällige sein, Vieles spricht aber auch für die Ansicht von Landau und Meinert, dass beide Lageanomalien wahrscheinlich die gleiche Aetiologie haben Besonders bemerkenswerth ist die Thatsache, dass das klinische Symptomenbild beider Lageanomalien ungefähr das gleiche ist. Sowohl bei der eigentlichen Enteroptose, als auch bei der Retrodeviation des Uterus fehlen eigentliche locale Erscheinungen; es sind, wie Herr Langerhans hervorhebt, allgemeine nervöse Symptome vorherrschend, so das beständige Gefühl der Mattigkeit, häufiger Kopfdruck, Schlaflosigkeit, Rücken- und Kreuzschmerzen u. s. w. Vergeblich hat man sich bei der Enteroptose und bei der Retrodeviation des Uterus abgemüht, ein typisches klinisches Krankheitsbild zu entwerfen. Es ist bezeichnend, dass gerade in letzter Zeit wieder die pathologische Dignität beider Lageanomalien von vielen Autoren für sehr gering veranschlagt wird. Erst in einer der letzten Sitzungen der geburtshilflichen Gesellschaft zu Leipzig erklärte Sänger die Enteroptose für eine vollständig gleichgiltige Lageanomalie, welche keine Symptome hervorrufen könne.

Es muss zunächst daran festgehalten werden, dass ausgesprochene Lageveränderungen sowohl der Bauch- als auch Unterleibsorgane bestehen können, ohne Beschwerden zu verursachen. Oft genug können wir bei Frauen, welche viele Geburten überstanden haben, und welche den Gynäkologen vielleicht wegen etwa bestehender Blutungen consultiren, gleichzeitig Lageanomalie verschiedener Bauchorgane nachweisen, ohne dass die Frauen auch nur die geringsten subjectiven Beschwerden haben, Winter unterzog sich der Mühe, Frauen, welche in der Berliner Universitäts-

Digitized by Google

Frauenklinik geboren hatten, nach einer gewissen Zeit zur Nachuntersuchung zu bestellen. Er fand in 20 Proc. dieser Fälle eine Retroversio uteri; von diesen Frauen äusserten die überwiegende Mehrzahl selbst auf eindringliches Befragen keine Beschwerden.

So viel scheint also doch festzustehen, dass bei diesen Lageveränderungen noch ein gewisses Etwas hinzukommen muss, damit sie bei der Besitzerin Beschwerden hervorrufen. Dieses Unbekannte möchte ich ähnlich wie Windscheid in einer neuropathischen Constitution der betreffenden Frau suchen.

Die schwierig zu lösende Frage, welche dann aufstösst, ist folgende: Ist vielleicht die Lageanomalie der Bauch- und Beckenorgane die Ursache der Neurasthenie oder ist das Nervenleiden das primäre und die Lageanomalie der Organe nur ein zufälliger belangloser Nebenbefund?

Bis zu einem gewissen Grade können wir diese Frage durch klinische Versuche entscheiden in der Weise, dass wir unser therapeutisches Handeln methodisch bei derartigen Frauen variiren. In einer Serie von Fällen corrigiren wir ausschliesslich, soweit es möglich ist, die Lageanomalie, ohne daneben eine Allgemeinbehandlung durchzuführen; in einer zweiten Serie lassen wir die Lageanomalie vollständig unberücksichtigt, versuchen aber durch zweckentsprechende Behandlung das Nervensystem günstig zu beeinflussen.

Es ist nicht zu leugnen, dass wir durch entsprechende Bandagen und durch gewisse operative Eingriffe — Nephropexis zur Fixation der Niere, Alexander-Adams'sche Operation bei Falschlagen des Uterus — in der That im Stande sind, die Lageanomalie orthopädisch bis zu einer gewissen Vollkommenheit zu corrigiren. Wie sind aber die Erfolge dieser rein orthopädischen Therapie? Besonders amerikanische Gynäkologen gehen sehr weit in der orthopädischen Behandlung der Lageanomalien. Edebohls z. B. corrigirt die Lageanomalie bei Enteroptose und bei Retroversio uteri gewöhnlich in zwei Sitzungen; er fixirt zunächst durch Naht beide abnorm bewegliche Nieren und dann später den Uterus; er behauptet, die Frauen hierdurch vollständig beschwerdefrei zu machen. Die deutschen Gynäkologen haben mit Vorliebe die operative Behandlung der Lageanomalie des Uterus durchgeführt; besonders von Berliner Gynäkologen liegen enorme Zahlen vor; auch sie berichten nur über glänzende Erfolge, die Frauen wurden sämmtlich beschwerdefrei.

In der Leipziger Universitäts-Frauenklinik sind in sehr vielen Fällen durch Bandagen, Apparate und durch entsprechende operative Eingriffe, vor Allem Nephropexis und Alexander-Adams'sche Operation, entschieden günstige orthopädische Resultate, bei den Lageanomalien erzielt worden, aber leider können wir nicht gleiche günstige Resultate verzeichnen betreffs der Besserung der vorhandenen Beschwerden.

Speciell durch die Alexander-Adams'sche Operation ist die Lagecorrectur des retrovertirten, flectirten Uterus in der That eine ideale zu nennen.

Digitized by Google

Ich habe fast alle in der Frauenklinik operirten Fälle nachuntersucht, muss aber gestehen, dass wohl viele Besserung ihrer Beschwerden angaben, aber nur wenige beschwerdefrei waren.

Die Lage des Uterus war in allen Fällen eine vorzügliche zu nennen.

Desshalb wurde in einer zweiten Serie von Versuchen in umgekehrter Weise verfahren. Die Lageanomalie wurde vollständig unberücksichtigt gelassen, sondern nur eine Allgemeinbehandlung eingeleitet. Soviel steht fest, dass es in der That auf diese Weise manchmal gelingt, die Frauen beschwerdefrei zu machen bei nachweislichem Fortbestande der Lageanomalie. Aber es lässt sich nicht leugnen, dass die Behandlung oft eine sehr langwierige ist, und Misserfolge keineswegs selten sind.

Im Allgemeinen verfahren wir jetzt so, dass wir zunächst doch die Lageanomalie corrigiren. Wir sind uns aber hierbei bewusst, dass diese Therapie allein in den meisten Fällen ungenügend ist, die Beschwerden der Frau vollständig zu beheben, sondern dass gleichzeitig eine diätetische oder physikalische Therapie einzuleiten ist zur Besserung des allgemeinen neuropathischen Zustandes. Ich glaube, dass wir diesen Standpunkt vertreten müssen gegenüber den Lehren Schultze's und Küstner's, welche in der Hebung der Lageanomalie ausschliesslich das Wesentliche der Therapie erblicken.

In der Corsettfrage kann ich dem Gesagten nur beistimmen. Beim Corsett liegt die Gefahr nahe, es als Schnürleib zu verwenden; andererseits lässt sich nicht leugnen, dass das Corsett in vorzüglicher Weise die Last der Röcke auf den Oberkörper vertheilt und zum Theile auf die Hüften überträgt, welche zum Tragen der Röcke gut geeignet sind. Es ist nicht immer das Corsett zu beschuldigen bei Lageanomalie der Bauchorgane. Es ist interessant, dass Becker und Lennhoff auf Grund ihrer Untersuchungen bei Samoanerinnen zu dem Resultat kommen, dass die übliche Frauenkleidung (Corsett) auf die abnorme Beweglichkeit der Nieren keinen nennenswerthen Einfluss hat. Unter 24 Samoanerinnen fanden sie in 6 Fällen eine palpable Niere.

Herr Friedrich glaubt, die constitutionellen Voraussetzungen für das Zustandekommen der enteroptotischen Erscheinungen eher weiter als enger fassen zu dürfen. Er betont nochmals, dass es nur muskelschwache Individuen, und in der weit überwiegenden Mehrzahl weiblichen Geschlechts seien, welche das Krankheitsbild böten. Er findet eine gewisse Analogie zu der grösseren Häufigkeit der Skoliosen der Wirbelsäule, der habituellen Luxationen in den verschiedenen Gelenken, der häufigeren traumatischen Luxation im Ellenbogengelenke beim weiblichen Geschlecht. Er registrirt eine Reihe von Beobachtungen, wo die Ptose einzelner Abdominalorgane combinirt war mit Anlage oder deutlichem Vorhandensein von inguinalen Hernien, gleichzeitig enormer Lockerung der Bandapparate in verschiedenen Gelenken, namentlich Metacarpophalangealgelenken, Neigung der Wirbelsäule zu skoliotischen Verbiegungen

Digitized by Google

bei Individuen weiblichen Geschlechts. Diesem Complex der Symptome begegnete er sogar bei darauf gerichteter Untersuchung wiederholt bei kindlichen Individuen weiblichen Geschlechts: 12jähriges Mädchen ward operirt wegen relativ grosser rechtsseitiger Inguinalhernie, zeigte weit dislocirbare rechte Niere, erste Andeutung beginnender Lumbalskoliose nach links, derartige Lockerung der Gelenkbänder, namentlich der Mittelhandfingergelenke, dass sie dieserwegen F. consultirte. Es liessen sich seitliche Verschiebungen der Finger in den Gelenken bis über die Hälfte der Gelenkfläche schmerzlos und leicht ausführen. Ganz dieselbe Symptomengruppe bot ein 13jähriges, sonst wohlentwickeltes Mädchen. Die Untersuchung der Familienglieder ergab bei der Mutter rechtsseitigen Leistenbruch, deutliche Hepatoptose, ziehende Schmerzen in der rechten Nierengegend, ohne dass die Niere palpabel war, weiter nur Andeutung lumbaler Skoliose und ebenso weiter subluxirende schmerzlose Dislocirbarkeit der Gelenkconstituentien der Mittelhandfingergelenke. Die augenfälligste Combination dieser Symptome bot jedoch eine 33jährige Patientin, welche 3mal geboren hatte: höchster Grad von Enteroptose der Bauchorgane: Magen, r. Niere, Leber; der untere Leberrand 2 Finger über dem Poupart'schen Band, Leberkuppel umtastbar, starke Beweglichkeit des dislocirten Organs. (Befund sehr conform dem von Delagenière bei Laparotomie festgestellten.) Flachrunde, mittlere Lumbalkyphose, beträchtliche Dislocirbarkeit der Gelenkconstituentien gegen einander in mehreren Gelenken.

Friedrich ist der Ansicht, dass sich solche Beispiele allgemeiner mangelhafter Entwicklung, bezw. verminderter Leistungsfähigkeit aller dieser Bindegewebstheile, bei darauf gerichteter Untersuchung wohl noch vermehren lassen würden und glaubt so nach die Neigung zu enteroptotischen Vorgängen an den Organen der Bauchhöhle in genetischen Zusammenhang mit der skizzirten, wohl meist schon angeborenen Constitutionsanomalie in Verbindung bringen zu müssen. Dass das chronisch wirkende Trauma enger Corsetts und enges Binden reichlicher Unterkleider das Zustandekommen, insbesondere aber die Vermehrung der enteroptotischen Erscheinungen zur Folge habe, eventuell sehr begünstige, erscheint, bei Berücksichtigung der mechanischen Wirkungen dieser missbräuchlichen Bekleidungsweise, sehr naheliegend. Ist die Lageveränderung der Organe ausschliesslich auf eine Niere beschränkt, so wird die Indicationsstellung zu operativer Fixation wohl ganz vom Maasse der Beschwerden abhängig zu machen sein. Dass nicht selten sowohl die rein mechanischen, als auch reflectorischen Störungen nach gelungener Festheftung des Organs für immer behoben sind, kann nicht wohl bezweifelt werden. Namentlich erscheint ihm die Fixirungstechnik Kocher's empfehlenswerth.

(Autoreferat.)

Herr Curschmann: Die Enteroptose bei Kindern ist sehr selten; die gegentheilige Meinung ist dadurch veranlasst worden, dass bei Kindern beide Nieren physiologisch abnorm tief liegen. Herr C. demonstrirt dies an zahlreichen Gipsabgüssen und Photo-

Digitized by Google

grammen. Weiter macht Herr C. Bemerkungen über die anatomischen Verhältnisse bei der Enteroptose. Manche Bauchorgane, z. B. Niere, Dickdarm, Dünndärme, sind hierbei wirklich dislocirt, andere, wie Leber und Magen, zeigen lediglich Formveränderungen. Eine Dislocation der Leber gibt es nicht, wo eine solche diagnosticirt wurde, handelt es sich vielmehr um dislocirte Schnürlappen der Leber. Ebensowenig findet bei der Enteroptose eine wirkliche Lageveränderung oder Erweiterung des Magens statt. Der Magen verändert nur seine Form, indem seine periphere Hälfte nach unten gezogen und darmartig verlängert wird. Durch diesen Umstand wird bei vielen Kranken im Epigastrium das Pankreas und die Pulsation der Aorta fühlbar, ein Umstand, der vielfach zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung gegeben hat. Das Gesagte wurde ebenfalls durch Gipsabgüsse, Zeichnungen und Photogramme erläutert.

Was die Aetiologie der Enteroptose betrifft, so unterscheidet Herr C. praedisponirende Ursachen (Abmagerung, Entbindungen, Wochenbett) und excitirende Ursachen (Husten-, Brech- und Pressbewegungen, Druck des Corsetts und der Rockbänder bei Frauen, des Gürtels bei Männern). Das gebräuchliche Corsett wirkt nachtheilig, weil es, wie aus den anatomischen Präparaten leicht ersichtlich ist, den unteren Theil des Thorax comprimirt. Ein Theil der Leber wird nach oben, ein anderer nebst der benachbarten rechten Niere nach unten gedrängt. Das ist der Grund der überwiegenden Häufigkeit rechtsseitiger Nephroptose. Ein zweckmässig construirtes Corsett darf nur unterhalb des Thorax, zwischen unterem Rippenrand und Hüftbeinkamm, festsitzen.

Auch nach Herrn C.'s Erfahrungen verlaufen viele Enteroptosen ohne Beschwerden für die Kranken, und dem Vorhandensein einer nervösen Praedisposition ist gewiss grosse Bedeutung beizulegen. Bisweilen aber finden sich doch localisirte Symptome, z. B. secretorische und motorische Anomalien des Magens, Obstipation bei Verlagerung des Kolon transversum, heftige Schmerzen bei entzündlicher Fixation der dislocirten Niere.

Herr C. hält die Erfolge der Nephropexie in der Hauptsache für suggestive. Bandagen mit Pelotten hält er bei Wanderniere für ganz nutzlos, dagegen verordnet er Leibbinden, die in folgender Weise construirt sind: Der Leib wird durch dachziegelförmig sich deckende Touren einer Flanellbinde eingewickelt, die einzelnen Touren werden hierauf an Ort und Stelle zusammengenäht, das Ganze wird hinten aufgeschnitten, mit Gummizügen versehen und zum Schnüren eingerichtet. Als Ersatz für die unangenehmen Schenkelriemen dienen Hosen, welche, an die Leibbinde angeknüpft, deren Hinaufrutschen verhindern.

Herr Bahrdt hat viele Fälle von isolirter Verschiebung der Niere ohne sonstige Zeichen einer Enteroptose gesehen und will die Bandagenbehandlung nicht ganz verwerfen. Er sah von Mastcuren gute Erfolge und empfiehlt zur Unterstützung dieser Thera-

Digitized by Google

pie, während der Dauer der Behandlung das Fussende des Bettes der Kranken hochzustellen.

Herr Donat dankt dem Herrn Vorsitzenden für die von demselben gegebene Anregung, das vorliegende Thema in Form einer Discussion zu behandeln, und für seine interessanten Mittheilungen.

Digitized by Google

Sitzung am 25. Juli 1899.

Vorsitzender: Herr Curschmann. Schriftführer Herr Braun.

Herr **Trendelenburg** demonstrirte 1. einen Kranken, dem er am 31. März ds. Js. ein von der Dura mater ausgehendes **Sarkom** mit einem handtellergrossen Knochenstück, das von der Neubildung durchwachsen war, exstirpirt hat. Der Kranke ist geheilt und bisher recidivfrei; 2. mehrere Patienten, bei denen wegen **spondylitischer Lähmungen** Resectionen einzelner Wirbelbögen vorgenommen worden sind (vergl. die ausführliche Publication in Langenbeck's Archiv Bd. 59, Heft 3); 3. eine Kranke, die er wegen eines kindskopfgrossen **Beckenenchondrom** operirt hat. Der Tumor nahm beide Schambeine ein und reichte abwärts bis zu den Sitzhöckern. Durch einen langen bogenförmigen Querschnitt liess sich die Geschwulst mit den entsprechenden Knochentheilen entfernen. Die Kranke ist geheilt, die durch den Wegfall des vorderen Theiles des Beckenringes bedingte Hernie wird durch eine Bandage zurückgehalten; 4. einen Kranken, bei dem in Folge einer Verletzung und auf der Basis eines alten Ulcus ventriculi eine **Ruptur des Magens,** an seiner vorderen Wand in der Nähe der kleinen Curvatur eingetreten war. Sofortige Laparotomie und Magennaht führte zur Heilung.

Perthes: Ueber traumatische Ruptur der Milz und des Darmes.

Vortragender stellt drei von ihm operirte Fälle vor:

1. Milzexstirpation wegen subcutaner traumatischer Ruptur. Ein junger Mann von 18 Jahren war von einem nicht beladenen Lastwagen überfahren, bot aber am ersten Tage nach dem Unfall ausser einiger Empfindlichkeit der linken Regio hypochondrica und einer etwas coupirten Athmung keinerlei Symptome innerer Verletzung dar. Vierundzwanzig Stunden post trauma traten plötzlich heftigste Leibschmerzen, Brechreiz und sehr starke Spannung der Bauchdecken ein. Die Temperatur, die kurz vorher auf 37,6° bestimmt war, stieg auf 38,0°. Die in der Annahme einer secundären Magen- oder Darmperforation 30 Minuten nach Eintritt dieses Anfalles ausgeführte Laparotomie constatirte

Digitized by Google

eine profuse Blutung aus einem über die ganze convexe Fläche der Milz hinziehenden und bis in die Gegend des Hilus hineinreichenden Riss. Exstirpation. Heilung. Es kamen keinerlei Ausfallserscheinungen, auch keine Lymphdrüsen- oder Schilddrüsenschwellung des Verletzten zur Beobachtung. Die Zahl der rothen Blutkörperchen war am Tage nach der Operation und späterhin normal; die der weissen war nach der Operation erheblich vergrössert (am 2. Tage 27,200, am 30. Tage noch 12,000). Vortragender schliesst aus dem Falle, dass eine profuse intraabdominelle Blutung an sich ausreicht, um sehr ausgesprochene Erscheinungen, Schmerzen, Spannung des Abdomen, Brechreiz, leichte Temperatursteigerung zu verursachen.

Anschliessend wird der Patient vorgestellt, bei dem im März 1898 von Herrn Geheimrath Trendelenburg die Exstirpation der Milz wegen traumatischer Ruptur ausgeführt war. Derselbe ist vollkommen gesund und zeigt ebenfalls keinerlei Ausfallserscheinungen ausser einer Leukocytose geringen Grades.

2. Incomplete Darmruptur durch stumpfe Gewalt. Bei der 4 Stunden nach dem Trauma — dem Stoss einer Wagendeichsel — mit Rücksicht auf die starke Spannung der Bauchdecken und zunehmendes Erbrechen ausgeführten Laparotomie, fand sich ausser zwei 10—16 cm langen Rissen im Mesenterium und Mesokolon eine circuläre Zerreissung aller Schichten des Kolon transversum mit Ausnahme der Mucosa, welche unverletzt blieb. Darmnaht. Heilung.

3. Complete Darmruptur durch stumpfe Gewalt. Bei der 9 Stunden post trauma, das in einem Hufschlag bestanden hatte, wegen ausgesprochener Symptome von Peritonitis ausgeführten Laparotomie fand sich eine Perforation einer Dünndarmschlinge und eine fibrinös-eitrige Peritonitis, welche von der Perforationsstelle diffus in die weitere Umgebung übergriff. Darmnaht. Ausgiebige Gazedrainage. Heilung.

Herr **Wilms** demonstrirte eine Anzahl von Tabikern mit **neuropathischen Gelenkerkrankungen.**

Digitized by Google

Sitzung vom 17. October 1899.

Vorsitzender: Herr Curschmann; Schriftführer: Herr Braun.

Herr Stimmel: Mittheilung über das Absehen Schwerhöriger.

Es ist bekannt, daas bei gehindeter Function eines Sinnesorganes ein anderes bis zu einem Grad vicariirend für das erstere eintreten kann. So wissen wir, dass Blinde zuweilen ein überaus feines Gehör besitzen, dass deren Tastsinn durch Uebung sich oft derartig ausbilden lässt, dass nicht nur die kleinen Unebenheiten wie beim Lesen der erhabenen Blindenschrift rasch richtig erkannt und gedeutet werden, sondern dass auch die tastende Hand den grösseren Luftwiderstand, den z. B. eine Wand oder ein grösseres Möbel verursacht, wahrnimmt und so den Blinden vor einer Verletzung durch Anstossen bewahrt. Andererseits wissen wir, dass Taubstumme durch die Augen hören und sprechen lernen und zwar hat heutzutage die deutsche Methode, welche das Ablesen der Worte von dem Munde des Sprechenden lehrt, die Fingersprache der älteren französischen Methode wohl überall verdrängt.

Es ist nun das Verdienst von Julius Müller-Walle in Berlin, dass derselbe, als früherer Taubstummenlehrer, die Methode für Schwerhörige modificirte; während der Taubstumme hauptsächlich aus der Stellung des Mundes das Gesprochene erkennt, soll der Schwerhörige die Worte schon aus den Bewegungen der Lippen erkennen. Auch wird von der ersten Lection an dem Schüler ebenso rasch wie in der gewöhnlichen Umgangssprache vorgesprochen.

Wenngleich es durchaus kein Novum ist, dass in vereinzelten Fällen ein Schwerhöriger von selbst das Ablesen der Worte

Digitized by Google

vom Munde des Sprechenden erlernt hat, so war diese Fähigkeit fast stets nur auf wenige Personen seiner nächsten Umgebung beschränkt.

Die Methode von Müller-Walle setzt jedoch die Schwerhörigen in den Stand, auch fremden Personen nach nur kurzer Orientirung über die individuelle Sprechweise mehr oder weniger rasch abzulesen.

Mit auf meine Veranlassung kam Müller-Walle im Juli ds. Js. nach Leipzig und konnte ich demselben 18 chronisch Schwerhörige aus meiner Praxis überweisen; (fast ausnahmslos Fälle von nicht mehr besserungsfähiger Mittelohrsklerose).

Es interessirte mich, selbst den Lectionen von Zeit zu Zeit beizuwohnen und muss ich die Methode auch in ihren Erfolgen als vorzügliche bezeichnen. Die letztere wird durch ein von Müller-Walle herausgegebenes Lehrbuch auch durch Uebung ausserhalb der Lectionen wesentlich unterstützt.

Von den oben genannten 18 Personen haben 6 im Alter von 18—36 Jahren nach mehrmonatlichem fleissigen Studium das Ablesen in wirklich überraschender Weise erlernt; 10 Personen haben es zu einem leidlichen Erfolg gebracht, manchen von diesen fehlte zu Hause als Junggesellen die Gelegenheit zur Uebung und nur 2 Personen sind von dem Resultat wenig befriedigt, indem sie zu wenig Ausdauer und Energie entwickelten. Für all diese Schwerhörigen bildet aber diese Methode eine grosse Schonung ihres geschwächten Gehörs und belebt mit neuem Muth und Selbstvertrauen.

Interessant war auch eine häufig beobachtete Selbsttäuschung, indem die ablesenden Schwerhörigen glaubten wieder zu hören.

Unter diesen Umständen erscheint es mir geradezu Pflicht des Ohrenarztes zu sein, alle Schwerhörigen, denen wir keine Besserung des Gehörs verschaffen können, dieser pädagogischen Methode zu überweisen.

Ich sage Herrn Geheimrath Prof. Dr. Curschmann meinen verbindlichsten Dank, dass er mir gestattete, diese Mittheilung Ihnen heute zu machen.

Herr **W. Schmied**: **Beitrag zur Indication für die Erhaltung der Gehörknöchel bei Freilegung der oberen Mittelohrräume.**

Von den Indicationen für operative Freilegung der Mittelohrräume kommt am häufigsten wohl diejenige in Betracht, bei

Digitized by Google

der die Operation vorgenommen wird wegen chronischer sonst unheilbarer Eiterung aus den Mittelohrräumen. Wenn in den meisten Fällen durch derartige Eiterungen zunächst auch nicht das Leben der Kranken direct gefährdet wird, so können doch jederzeit durch Fortschreiten des Krankheitsprocesses auf die Nachbarschaft der Mittelohrräume lebensgefährliche Complicationen eintreten. Bei der zur Heilung solcher sonst unheilbaren Eiterung vorgenommenen Operation scheinen alle Ohrenärzte mit Ausnahme von Bezold und neuerdings Jansen das Antrum mastoideum, den Meatus ad Antrum, den Kuppelraum, das Mittelohr und den Gehörgang in eine grosse einheitliche Höhle zu verwandeln durch Aufmeiseln des Antrum, Abtragung der hintern obern Gehörgangswand und der Aussenwand des Kuppelraumes und durch Ausräumung des Mittelohrs. Der erstgenannte Theil dieser Operation: Die Abtragung der Aussenwand des Antrum, der hinteren oberen Gehörgangswand und der Aussenwand des Kuppelraumes sind ohne Gefahr für den Patienten, wenn aseptisch und vorsichtig operirt wird. Die Ausräumung des Mittelohrs indessen kann den Patienten schädigen: einerseits, weil durch Entfernung der Gehörknöchel in gewissen Fällen eine Schädigung des Gehörs bedingt wird, andererseits, weil durch Ausräumung des Mittelohrs eine Lebensgefahr entsteht.

Eine Schädigung des Gehörs durch Entfernung der Gehörknöchel wird bewirkt, wenn die Kette derselben vor der Operation noch nicht unterbrochen war.

Dies ergibt sich, wenn wir vergleichen die Hörschärfen in den Fällen, in denen die grosse Ohroperation mit Entfernung der Gehörknöchel ausgeführt worden ist mit den erzielten Hörschärfen in den Fällen von chronischer Eiterung aus den Mittelohrräumen, in denen auf andere Weise ohne Entfernung der Gehörknöchel die Heilung erreicht wurde. Aus dieser Vergleichung ergibt sich zweifellos, dass das Gehör nach Heilung der Eiterung besser ist, wenn die Gehörknöchel erhalten, als wenn sie mit entfernt wurden. Dies Ergebniss war auch zu erwarten, da aus der Physiologie bekannt ist, dass durch Trommelfell und Gehörknöchel der Umfang unseres Gehörs nach abwärts um über $1\,^1/_2$ Octave erweitert ist.

Die Erhaltung der Kette der Gehörknöchel kann aber nur dann in Betracht kommen, wenn sie vor der Operation noch nicht unterbrochen war, was sich aus der der Operation vorausgehenden Ohruntersuchung und Gehörprüfung feststellen lässt. Ist sie vor der Operation noch nicht unterbrochen, so erscheint ihre Er-

Digitized by Google

haltung angezeigt, selbst wenn Caries der Gehörknöchel besteht. Dieselbe kann ebenso wie Caries der Wandungen der oberen Mittelohrräume ausheilen, wenn durch Freilegung des Antrum, Abtragung der hinteren oberen Gehörgangswand und der Aussenwand des Kuppelraumes freier Eiterabfluss geschaffen worden ist. Selbst kleinere Polypen daselbst bilden sich dann spontan zurück oder werden durch Aetzungen zur Schrumpfung gebracht. Hingegen wird auf Erhaltung der Knöchel verzichtet werden müssen — selbst wenn sie gesund sind — falls im vorderen und unteren Theile des Mittelohres Caries oder Cholesteatom besteht.

Zweiter Grund gegen die schematische Ausräumung des Mittelohres ist die hierdurch bedingte Lebensgefahr. Dieselbe kommt weniger in Betracht bei der blossen Entfernung der Gehörknöchel oder bei vorsichtigem Abreissen eines einzelnen Polypen — was selbstverständlich nur unter bester Beleuchtung geschehen darf — als bei der Auskratzung des ganzen Mittelohrs mit dem geraden scharfen Löffel. Da in der Literatur noch kein Fall veröffentlicht ist, in dem sich an Ausräumung des Mittelohrs oder Entfernung des Steigbügels Labyrintheiterung und Tod anschloss, so theilt der Vortragende einen solchen Fall mit. Bei demselben war unbeabsichtigt der Steigbügel bei der Ausräumung des Mittelohrs mit entfernt worden, und die Eiterung war, wie die Section ergab, aus dem Mittelohr durch das ovale Fenster nach dem Labyrinth und dann entlang dem Schneckennerv nach den weichen Hirnhäuten vorgedrungen.

Da sich somit ergeben hat, dass durch die Entfernung der Gehörknöchelkette, wenn sie vor der Operation noch nicht unterbrochen war, das Gehör des Kranken für die Zukunft geschädigt werden kann, und dass durch die Ausräumung des Mittelohrs eine Lebensgefahr bedingt werden kann, so empfiehlt der Vortragende, entgegen der jetzt fast allgemein üblichen Operationsmethode, die Gehörknöchel, wenn möglich, zu erhalten und die Operation zu beschränken auf Freilegung des Antrum und Abtragung der hinteren oberen Gehörgangswand, sowie der Aussenwand des Kuppelraums.

Discussion: Herr Barth sagt, dass bei acuten Eiterungen die Gehörknöchelchen bisweilen erhalten werden können, allgemeine Regeln lassen sich hierüber nicht aufstellen. Bei chronischen Eiterungen des Mittelohres aber werden sie meist entfernt werden müssen, weil man nicht sehen kann, ob sie gesund sind, ein Abschluss der Eiterung nur durch ihre Entfernung zu erzielen ist,

Digitized by Google

und auch trotz ihrer Erhaltung die Hörfähigkeit nur selten besser sein wird, als wenn sie entfernt worden sind.

Herr Donalies ist ebenfalls der Meinung, dass die Erhaltung der Gehörknöchelchen nur höchst selten einen Zweck hat, selbst wenn sie nicht erkrankt sind. Herr Barth frägt Herrn Schmied, was er unter prophylaktischer Radicaloperation verstehe, er halte die Radicaloperation grundsätzlich für nothwendig, wenn Eiterung im Warzenfortsatz nachgewiesen sei. Herr Schmied antwortet, er nenne Radicaloperationen prophylaktisch, wenn sie ausgeführt würden in Fällen, wo keine directe Lebensgefahr vorliege, wohl aber eintreten könne. Herr Stimmel hält den Ausdruck des Herrn Schmied für berechtigt für Radicaloperationen, die zur Beseitigung chronischer Otorrhoe gemacht würden.

Herr **Curschmann** spricht über **«neuere Bestrebungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Typhusdiagnose»**.

Vortragender weist auf die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten bei manchen Fällen von Typhus im Frühstadium hin, und wie in solchen Fällen die klinische Beobachtung durch den Nachweis des Typhusbacillus und gewisser Blutveränderungen bisweilen wesentlich unterstützt werden kann.

Typhusbacillen sind gesucht worden im circulirenden Blut, in den Se- und Excreten.

Im circulirenden Blut sind Bacillen wahrscheinlich nur ganz vorübergehend und dann äusserst schwierig nachweisbar, während die positiven Befunde im Schweiss auf irrthümlicher Beobachtung beruhen.

Ihr Nachweis in den Faeces ist vorläufig noch so complicirt, dass er für diagnostische Zwecke in der Praxis nicht verwerthbar ist. Die wiederholt empfohlene Milzpunction, um da die Bacillen nachzuweisen, verwirft Herr Curschmann wegen ihrer Gefährlichkeit.

Im Urin werden nicht immer Typhusbacillen angetroffen. Voraussetzung für ihren Uebergang in den Urin ist eine schwerere, mit Albuminurie verbundene typhöse Laesion der Nieren, wobei zu bemerken ist, dass nicht einmal in den durch einfache trübe Schwellung bedingten Eiweissharn stets Bacillen übergehen. Ihr Nachweis im Urin ist daher, wenn auch im beschränktem Maasse, verwerthbar für die Diagnose des Typhus, wie auch speciell der Localisation der Krankheit in den Nieren.

Grössere Bedeutung hat das von den meisten Autoren bisher geleugnete Vorkommen von Typhusbacillen in den Roseolen.

Digitized by Google

«Unter den klinischen Erscheinungen des Unterleibstyphus galt die Roseola typhosa von jeher als eine der diagnostisch wichtigsten. Wenn man darunter jene hyperaemisch-papulösen, scharf umschriebenen kleinen Efflorescenzen versteht, die in der zweiten Hälfte der ersten oder zu Beginn der zweiten Woche an bestimmten Stellen des Körpers, namentlich am Rumpf, auftreten, nach 3, höchstens 10 Tagen spurlos verschwinden und fast nur während der fieberhaften Zeit oder bei Nachschüben und Recidiven sich zeigen, so kann man sie als eine fast specifische Erscheinung der Krankheit auffassen. Schliesst man — nach meiner Meinung mit Recht — andere bei Typhuskranken wohl zu beobachtende rothe Fleckchen, z. B. diejenigen, welche man erst kürzlich als Roseola follicularis einzuführen strebte, aus, so glaube ich, dass bei anderen acuten Infectionskrankheiten der Roseola typhosa äusserlich gleiche Efflorescenzen nur sehr selten beobachtet werden. Ich habe nur noch in vereinzelten Fällen von Miliartuberculose und Cerebrospinalmeningitis Hautveränderungen gesehen, die von der typhösen Eruption an und für sich kaum zu unterscheiden waren.

Die klinische Eigenartigkeit der Roseolen kommt am Krankenbett um so mehr in Betracht, als bekanntlich fast alle übrigen für die Diagnose wichtigen Erscheinungen — ich brauche nur an den Milztumor, Meteorismus, Diarrhoe, Bronchitis und die nervösen Störungen zu erinnern — an sich nichts Specifisches haben und nur in der charakteristischen Vereinigung und Gruppirung das bekannte Krankheitsbild formen helfen.

Diese diagnostische Wichtigkeit der Roseolen hat es zweifellos auch bedingt, dass man schon sehr bald nach der Entdeckung des Typhusbacillus durch Eberth und seiner dauernd maassgebenden Bearbeitung durch Koch und Gaffky danach zu forschen begann, ob die Roseola einer örtlichen Wirkung des organisirten Typhusgiftes, vielleicht direct einer Ansiedlung desselben entspräche.

Unter diesen Umständen machte die 1886 erschienene Arbeit von Neuhaus [1]) viel von sich reden, in der dieser Autor den Nachweis zu führen suchte, dass in den Typhusroseolen sich die eigenartigen Bacillen nachweisen und wohl als Erreger der Efflorescenzen auffassen liessen. Die Arbeit, die sich auf neun positive Befunde bei 15 Fällen stützt, wurde von vornherein mit

[1]) Berl. klin. Wochenschr. No. 6 und 24, 1886. (Aus der inneren Abth. von Bethanien in Berlin.)

Digitized by Google

sehr getheilten Gefühlen aufgenommen und als dann maassgebende Forscher, wie Gaffky, Fränkel und Simmonds, Chantemesse und Widal, Merkel und Goldschmidt, Janowski, Lugatello übereinstimmend nur von negativen Ergebnissen zu berichten wussten, galt auf lange Jahre die Frage in ihrem Sinne als erledigt. Auch die 1895 erschienene Arbeit von Thiemich[2]), der bei 7 Kranken 3 mal Bacillen in den Roseolen gefunden hatte, vermochte die skeptische Stimmung der Kliniker und Aerzte wenig zu ändern.

Ich muss dies auch von mir selbst bekennen. In meiner Monographie des Abdominaltyphus stellte ich mich auf die Seite der Zweifler, gestützt auf eine grössere Zahl vergeblicher Untersuchungen, die wir im Jahre 1886/87 während der grossen Hamburger Typhusepidemie angestellt hatten. Die Mehrzahl der Forscher hatte sich auch mit theoretischen Erwägungen und mit Erfahrungen bei anderartigen Krankheitszuständen gegen die Neuhaus'sche Lehre in Stimmung versetzt. Man führte besonders an, dass auch bei anderen acuten Infectionskrankheiten, z. B. Pocken, Masern und Scharlach, die specifischen Ausschläge frei von eigenartigen Mikroorganismen gefunden worden sein, und dass ihnen in hohem Grade ähnelnde oder auch anderartigecharakteristische Exantheme auf Wirkung chemischer Agentien (Arzneimittel, pflanzliche und thierische Toxine) mit Sicherheit zurückgeführt seien.

Bei diesem Stande der Dinge musste die Anfang dieses Jahres erschienene Arbeit von Neufeld[3]) dass grösste Interesse erregen, in der die Beobachtungen von Neuhaus und Thiemich nicht allein bestätigt, sondern auch eine, wie mir scheint, glückliche Darlegung der Gründe versucht wurde, warum die bis dahin gewonnenen Ergebnisse so ausserordentlich verschiedene, ja grösstentheils negative waren.

Neufeld hält es für wahrscheinlich, dass, wenn in der That die Roseolaflecke als Metastasen der typhösen Darmerkrankung anzusehen sein sollten, die meist spärlichen, in sehr beschränktem Maasse vermehrungsfähigen Typhusbacillen hier nur einen vorübergehenden Schlupfwinkel gefunden hätten, wo sie den bactericiden Kräften des kreisenden Blutes auf einige Zeit entzogen wären.

---

[2]) Deutsch. med. Wochenschr. 34, 1895.

[3]) Zeitschr. f. Hygiene und Infectionskrankheiten Bd. 30, S. 498 ff. (Aus dem Institut für Infectionskrankheiten zu Berlin.)

Digitized by Google

Feste Nährböden und die Art der Uebertragung des Impfmaterials auf sie gäben der bacillenzerstörenden Kraft des alsbald nach dem Einschnitte ausströmenden Blutes zu grossen Einfluss, so dass unter diesen Umständen die in's Impfblut übertretenden Bacillen schon vor der Uebertragung auf den Nährboden oder doch auf ihm absterben müssten, bevor von ihrer Fortentwicklung die Rede sein könne.

Neufeld sucht daher schon, ehe aus der Einschnittstelle ein Bluttropfen quillt, etwas von der Gewebssubstanz der Roseola und dann auch das austretende Blut selbst auf flüssige Nährböden (Bouillon) zu übertragen[4]), in der gerechtfertigten Erwartung, dass hier das parasiticide Blutserum sofort bis zur Unwirksamkeit verdünnt werde.

Dass er den richtigen Weg eingeschlagen hatte, zeigten Neufeld's Ergebnisse: Von 14 Fällen von Unterleibstyphus, bei denen er je 3—5 Roseolen in Untersuchung nahm, zeigten 13 positive Ergebnisse.

Bei der ablehnenden Stellung, die ich mit den meisten anderen Forschern der Frage gegenüber eingenommen und in meinem Werke zum Ausdruck gebracht hatte, hielt ich mich zu einer sofortigen Nachprüfung für verpflichtet. Wir nahmen schon im Mai in meiner Klinik die Untersuchung auf, und ich darf vorweg als ihr Ergebniss bezeichnen, dass ich Neufeld durchaus beistimmen und den Typhusbacillenbefund in den wirklichen Roseolen für einen ungemein häufigen, in bestimmten Stadien vielleicht regelmässigen halten muss.

Meine Erfahrungen stützen sich, von einigen verfehlten Anfangsversuchen abgesehen, bis jetzt auf 20 Fälle[5]), mit dem Ergebniss eines positiven Befundes in 14 derselben. Wenn die Zahl unserer Misserfolge auch verhältnissmässig grösser wie die-

[4]) Vergl. im Original die interessanten näheren Ausführungen Neufeld's und die eingehende Beschreibung seiner Methode.

[5]) Die meisten Untersuchungen sind durch die Assistenzärzte Herren DDr. Müller und Heinike im Laboratorium meiner Klinik ausgeführt. Zur Bestimmung der aus den Roseolen stammenden Culturen bedienten wir uns, abgesehen von den bekannten Proben (Milch- und Traubenzuckerprobe, Petruschky'scher Versuch), stets auch der Agglutination, wobei hervorgehoben werden soll, dass uns die Roseolen für ihre Ausführung auch bei diagnostischer Untersuchung anderer Fälle oft besonders brauchbare Culturen lieferten.

Digitized by Google

jenige Neufeld's ist, so bleiben sie doch eine Stütze der Behauptung, dass auf ein positives Ergebniss mit ziemlicher Regelmässigkeit zu rechnen ist. Einige unserer Fehlerfolge lassen sich darauf zurückführen, dass wir Roseolen in späteren Stadien anschnitten, in denen die Fortentwicklungsfähigkeit der Bacillen schon wesentlich beschränkt, selbst aufgehoben zu sein scheint; andere Male hatten wir offenbar Gebilde angeschnitten, die den Roseolen ähnlich, aber nicht identisch waren. Dazu kommt noch, dass wir uns nicht entschliessen mochten, den wenn auch kleinen Eingriff an 3—5 Roseolen auszuführen, sondern vielfach nur eine, höchstens zwei der Efflorescenzen bei unseren Patienten in Arbeit nahmen. Wenn auch bisherige Erfahrungen von vornherein ein negatives Ergebniss erwarten liessen, so machten wir doch bei einer Anzahl der Fälle eine Controlimpfung von anderen, nicht von Roseolen eingenommenen Stellen der Haut, mit dem Ergebniss, dass unsere Nährböden entweder steril blieben oder, wenn das Impfmaterial aus der Umgebung der Hautdrüsen entnommen war, Staphylococcen, bezw. sarcineartige Bildungen zeigten.

Ueberblicke ich von dem so gewonnenen neuen Standpunkte aus meine eigenen früheren Misserfolge und diejenigen der anderen Forscher, so ergibt sich von selbst, dass sie einer unzureichenden Methode zuzuschreiben sind, ganz so wie die immerhin schwankenden Erfolge von Neuhaus und Thiemich, die offenbar unter nicht viel günstigeren Umständen arbeiteten.

Was die Frage nach der Bedeutung der neuen Befunde betrifft, so sind sie sowohl theoretisch wie praktisch von der grössten Wichtigkeit. Theoretisch, weil sie darthun, dass wir in der Roseola typhosa ein specifisches, von der Anwesenheit des Eberthbacillus abhängiges Gebilde zu erblicken haben, welches durch die bacteriologische Untersuchung von anderen, wahrscheinlich fälschlich als Roseolen angesprochenen Hautaffectionen der typhösen Kranken sie wird unterscheiden lassen. Praktisch insofern, als die Roseolenuntersuchung in Zukunft zu den werthvollsten Hilfsmitteln der Typhusdiagnose zu rechnen sein wird. Zu betonen ist dabei, dass das Verfahren, die Heranziehung der bacteriologischen Methode einmal angenommen, selbst bei geringerer Uebung leicht und sicher ausführbar ist, viel leichter wie die Untersuchung der Faeces und auch wohl diejenige des Harns, die zudem ja in anderer Beziehung ein sehr beschränktes Untersuchungsfeld bietet. Die Methode ist, dies soll ausdrücklich hervorgehoben werden, entschieden auch nicht schwerer wie die Anstellung der Gruber-Widal'schen Reaction.

Digitized by Google

Es wird natürlich keinem Verständigen einfallen, in Zukunft in jedem, oder auch nur der Mehrzahl der Fälle von Abdominaltyphus die beschriebene Roseolauntersuchung zu machen. Sorgsame Beobachtung und Untersuchung am Krankenbett werden trotz dieser und aller anderen neuerdings eingeführten histologischen und bacteriologischen Untersuchungsweisen die Hauptsache und in der Mehrzahl der Fälle an sich entscheidend bleiben. Nur bei zweifelhaften Fieberzuständen, wo andere Methoden nicht ausreichen, oder auf gewisse, sonst charakteristische Erscheinungen wegen des Stadiums der Krankheit noch nicht oder nicht mehr zu rechnen ist, wird die Roseolauntersuchung sehr wohl einmal Ausschlag geben können. Ich will in letzterer Beziehung aus vielem Anderem nur das herausgreifen, dass die Methode wegen des relativ frühen Aufschiessens der Roseolen nicht selten schon zu einer Zeit herangezogen werden kann, wo auf positive Ergebnisse der Gruber-Widal'schen Reaction noch nicht zu rechnen ist.

Dass auch für die Fälle von Typhus levissimus, abortivus, ambulatorius und afebrilis, deren Erkenntniss uns am Krankenbett so häufig Schwierigkeiten macht, die Untersuchung einiger glücklich aufgefundener Roseolen ausschlaggebend werden kann, bedarf keiner besonderen Betonung.

Alles in Allem: Die bacteriologische Untersuchung der Roseola typhosa ist ein neues gutes Stück in unserer diagnostischen Rüstkammer.»

Endlich weist Herr C. darauf hin, dass mikroskopische Blutuntersuchungen in zweifelhaften Typhusfällen von Bedeutung sein können, weil beim Typhus die Zahl der Leukocyten meist auffallend vermindert, höchstens normal ist, während sie z. B. bei septischen Erkrankungen und Pneumonien, die differentialdiagnostisch so oft in Betracht kommen, fast immer stark vermehrt ist. Leider unterscheidet sich die in differentialdiagnostischer Hinsicht gleichfalls so wichtige Miliartuberculose in dieser Beziehung weniger vom Typhus. An sich führt sie wahrscheinlich nicht zu einer erheblichen Vermehrung der weissen Zellen, die nur dann einzutreten pflegt, wenn sie mit septischen Processen vergesellschaftet ist.

Eine Besprechung der Widal'schen Reaction und ihrer Bedeutung für die Diagnose des Typhus behält sich Herr C. wegen vorgerückter Zeit für die nächste Sitzung vor.

Digitized by Google

Sitzung vom 7. November 1899.

Vorsitzender: Herr Curschmann. Schriftführer: Herr Braun.

Herr **Curschmann** beschliesst seinen Vortrag aus der letzten Sitzung durch eine Besprechung der **diagnostischen Bedeutung der Gruber-Widal'schen Reaction.** Er schildert ihre historische Entwicklung, demonstrirt sie im Reagensglas und unter dem Mikroskop, und präcisirt seine an 216 Typhuskranken und zahlreichen anderen zum Vergleich herangezogenen Individuen gewonnenen Erfahrungen folgendermaassen:

Das Serum gesunder und an anderen Krankheiten leidender Menschen ruft die Agglutination der Typhusbacillen in der Bouilloncultur, wenn überhaupt, doch in viel geringerer Intensität hervor, als das Typhuskranker, insofern als relativ sehr viel Serum zur Cultur zugesetzt und lange gewartet werden muss, bis die Reaction eintritt. 1 Theil Blut auf 10 Theile Bouilloncultur verursachen beim nicht Typhuskranken fast niemals Agglutination. Wenn aber bei einer Mischung von 1 : 40—50 Agglutination nach einigen Minuten eintritt, so kann die Diagnose Typhus als gesichert gelten. Insofern ist die Methode ein werthvolles diagnostisches Hilfsmittel. Eingeschränkt wird ihre Bedeutung nur dadurch, dass die Gruber-Widal'sche Reaction gewöhnlich erst in der zweiten Krankheitswoche sich zeigt, während sie andererseits die Krankheit selbst erheblich — Monate und selbst Jahre — überdauern kann. Der negative Ausfall der Agglutinationsprobe spricht zwar nicht gegen Typhus, ist aber selten in Typhusfällen, welche die erste Krankheitswoche überschritten haben.

Discussion: Herr Bahrdt frägt, wie sich die Miliartuberculose gegenüber der G.-W.-Reaction verhalte, und zu welcher Zeit in den Roseolen Bacillen nachweisbar sind.

Digitized by Google

Herr His jun. weist darauf hin, dass die G.-W.-Reaction manchmal in unzweifelhaften Typhuserkrankungen fehle und erinnert an die Fälle des verstorbenen Chirurgen Socin in Basel und eines seiner gleichzeitig erkrankten Assistenten. Das Serum Beider agglutinirte nicht. Herr His hat Fälle beobachtet, welche darauf zu deuten scheinen, dass eine neben dem Typhus bestehende Tuberculose die G.-W.-Reaction unterdrückt.

Herr Curschmann: Die G.-W.-Reaction lässt sich in manchen Typhusfällen erst abnorm spät nachweisen, in manchen besonderen Fällen — hierauf weisen die wahrscheinlich aus gleicher Infectionsquelle stammenden Baseler Erkrankungen hin — fehlt sie ganz. Gleichzeitig bestehende Tuberculose hat hierauf vielleicht Einfluss. Auf die von Herrn Bahrdt gestellten Fragen erwidert Herr C., dass bei Miliartuberculose die G.-W.-Reaction fehlt, und dass die Roseolenuntersuchung gerade für die Frühdiagnose wichtig ist; je frischer die Roseolen, desto leichter seien Typhusbacillen in ihnen nachweisbar.

Herr **Fichtner** bespricht die von Quincke in den Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. und von Könitzer in der Münch. med. Wochenschr. beschriebenen Fälle von **Spondylitis typhosa,** und stellt dann einen im hiesigen Garnisonlazareth beobachteten ähnlichen Fall vor.

Bei einem 22jährigen Ulanen R. stellen sich zwei Wochen nach einem schweren Typhus von Neuem abendliche Temperatursteigerungen ein und kehren in wechselnder Höhe 4 Wochen lang wieder. Keine Typhussymptome. Starke Verstopfung. Nach anfänglicher Euphorie heftige Kreuzschmerzen, die mit dem Nachlass des Fiebers wieder zurückgehen. Der sehr abgemagerte und anaemische Kranke ist dann 10 Tage fieberfrei und ohne Beschwerden. Hierauf beginnt eine zweite Fieberperiode von vierwöchentlicher Dauer: Zunächst geringe, dann höhere Abendsteigerungen, dann 8 Tage lang remittirendes Fieber mit Temperaturen von 40° und darüber, schliesslich allmählicher Nachlass. Während dieser ganzen Fieberperiode ausserordentlich heftige Kreuzschmerzen, ferner Druckempfindlichkeit und Schwellung in der Gegend der Lendenwirbelsäule und des Kreuzbeins. Ferner wurden beobachtet: Gürtelschmerzen, Schmerzen in den Beinen, leichte ataktische Erscheinungen, Verschwinden der Patellarreflexe. Keine Blasen- und Mastdarmstörungen. Anfänglich Verstopfung, später mässiger Durchfall. Mit dem Nachlass des Fiebers gehen die Erscheinungen zurück, und der auf's Aeusserste heruntergekommene Kranke erholt sich langsam. Zurückgeblieben ist eine totale Steifigkeit der unteren Wirbelsäule, die nun 3 Monate unverändert besteht.

Als charakteristisch für die bisher beobachteten Fälle von typhöser Spondylitis bezeichnet Redner 1. den acuten fieberhaften Verlauf, 2. die ungemeine Heftigkeit der localen Symptome, insbesondere der Schmerzen, die Geringfügigkeit der spinalen Sym-

Digitized by Google

ptome. Bemerkenswerth ist der bei 2 Fällen beobachtete Ausgang in Steifigkeit der unteren Wirbelsäule. Er weist darauf hin, dass nicht bloss das Periost, sondern auch die Wirbelgelenke und -bänder erkrankt gewesen sein müssen.

Discussion: Herr Curschmann bestätigt die Diagnose in dem von Herrn Fichtner vorgestellten Fall, und ist wie dieser der Ansicht, dass die Erkrankungen der Wirbelsäule zu den seltensten bei Typhus beobachteten Knochenerkrankungen gehören.

Herr Müller: Ein in der Klinik von Herrn Geheimrath Curschmann beobachteter Fall von Spondylitis typhosa wich nicht unerheblich von dem Quincke'schen Krankheitsbilde ab. Nach einem mittelschweren Typhus bekam der 28jährige, schwächliche Patient zunächst Schwächegefühl und Paraesthesien in den Beinen. Schmerzen in der oberen Brustwirbelsäule mit Gürtelgefühl traten ohne stärkere Fiebererhebungen erst 4 Monate nach dem Typhus auf, nach einem längeren Marsch auf holperigem Wege. Beim Eintritt in die Behandlung (ca. 1 Jahr nach Ablauf des Typhus) fand sich lebhafte Schmerzhaftigkeit des fünften Brustwirbels auf Druck, Paraesthesie von den Füssen bis zum Brustkorb, maximale Steigerung der Sehnenreflexe. Patient konnte sich in schwer spastischem Gang einige Schritte weit schleppen. Blase und Mastdarm waren frei.

In den ersten 4 Beobachtungswochen entschiedene Verschlechterung des Zustandes, sie machte in der Folgezeit einer ziemlich raschen Besserung Platz. Die Paraesthesie schwand von den Füssen nach oben zu. Bei der Entlassung konnte der Patient eine halbe Stunde mit einem Stock gehen. Der Gang noch spastisch. Paraesthesie und Herabsetzung des Schmerzgefühls besteht noch gürtelförmig um die untere Rumpfhälfte. Gesäss und Beine sind normal empfindend.

Von den Quincke'schen Fällen, dem Könitzer'schen und dem durch Herrn Fichtner mitgetheilten unterscheidet sich der unsere durch

1. seinen schleichenden Verlauf,
2. die Localisation auf die obere Brustwirbelsäule,
3. Einhergehen ohne stärkere Fieberbewegungen,
4. Stärkere Betheiligung der Medulla spinalis.

(Der Fall wird ausführlicher veröffentlicht werden.)

Herr Bahrdt frägt, ob in solchen Fällen niemals Eiterung beobachtet sei.

Herr Curschmann erwidert, in den bisher beobachteten Fällen sei das nicht geschehen. Die durch Typhusbacillen verursachten Eiterungen seien sehr gutartig; der Eiter sei nicht selten steril befunden worden.

Digitized by Google

Sitzung vom 21. November 1899.

Vorsitzender: Herr Bahrdt. Schriftführer: Herr Braun.

Herr Bahrdt gedenkt des verstorbenen Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Birsch-Hirschfeld, des langjährigen Mitgliedes und früheren Vorsitzenden der Gesellschaft. Zu seinem Andenken erheben sich die Anwesenden von ihren Plätzen.

Herr v. Criegern spricht über **die Ergebnisse der Untersuchung menschlicher Herzen mittels des fluorescirenden Schirmes.**

Es wird eine neue Methode der Aufstellung am feststehenden fluorescirenden Schirme demonstrirt, die genauere Messungen als die bisherigen ermöglicht. Die zu erzielende Uebereinstimmung zweier verschiedener Messungen ist auf $^1/_4$ cm genau. Das Princip ist das der Visirung im Gegensatz zu dem bisher üblichen der Markirung. Dann werden die einzelnen Abschnitte der sichtbaren Schattencontour, soweit sie typisch sind, und ihre physiologische Bedeutung erörtert, ebenso die des Begleitschattens. Danach werden die Messungsresultate im Allgemeinen besprochen, zunächst die normalen, dann die zu grossen und die zu kleinen Herzen. Es werden einige typische Abweichungen von der durchschnittlichen Configuration erläutert. Zunächst die einfach vergrösserten Herzen, dann die derjenigen Herzfehler, die charakteristische Abweichungen erzeugen. Unter den zu kleinen Herzen finden sich solche, an denen eine gewisse Schlaffheit ersichtlich ist; die Eigenthümlichkeiten derselben und ihr Auseinandergehen in die beiden Abweichungen des «hohen» und des «breiten» Herzens werden beschrieben und demonstrirt, sowie ihre principielle Einheitlichkeit hervorgehoben. Dann wird auf die Beobachtung der Herzaction eingegangen. Es kann ein Typus starker und

Digitized by Google

ein solcher schwacher Action unterschieden werden. Die grundsätzlichen Kennzeichen derselben werden angegeben. Endlich wird noch Einiges über die Beeinflussbarkeit der Herzaction durch Muskelthätigkeit, sowie das Wichtigste über die Einwirkung der Athmung auf die Herzthätigkeit aufgeführt. (Autoreferat.)

Discussion: Herr A. Hoffmann betont, dass das Sehen und Zeichnen auf dem fluorescirenden Schirm durch lange Uebung gelernt werden müsse; erst dann sei es möglich, den Ablauf der Herzcontractionen im Röntgenbilde so genau zu verfolgen, wie es Herrn v. Criegern gelungen sei.

Herr Hacker sagt, dass auch in chirurgischen Fällen die Deutung des Röntgenbildes erst erlernt werden müsse und erwähnt weiter, dass er 3 mal mit Hilfe der Röntgenstrahlen aneurysmatische Erweiterungen der Aorta und 1 mal einen Lebertumor (wahrscheinlich Echinococcus) habe diagnosticiren können.

Herr Perthes weist auf die Vortheile hin, welche das Röntgenphotogramm vor der Durchleuchtung besitzt und frägt Herrn v. Criegern, ob er die Versuche verfolgt habe, durch Momentphotographie in bestimmten Intervallen die Phasen der Thorax- und Herzbewegungen zu fixiren.

Herr v. Criegern hat darüber keine persönlichen Erfahrungen, glaubt aber, dass man damit vielleicht die Respirationsphasen des Thorax, nicht aber die Phasen der Herzthätigkeit werde fixiren können. Die Diagnose kleiner Aneurysmen hält Herr v. C. für sehr schwierig. Er fand mit seiner Methode 1 mal ein pflaumengrosses Aortenaneurysma. In diesem Falle wurde später die Diagnose durch Section bestätigt, nachdem das Aneurysma geplatzt war.

B.

Herr Wilms zeigt zunächst, im Anschluss an seinen letzten Vortrag über tabische Arthritis im vorigen Semester, einen der damals vorgestellten Patienten mit Arthropathia tabica des Kniegelenks.

Da der Kranke mit hochgradiger Knochenwucherung und Zerstörung des Kniegelenks selbst mittels eines Schienenapparates nicht mehr zu gehen vermochte, resecirte Wilms Anfangs September das Kniegelenk. Die Consolidation ging äusserst langsam von Statten und ist nach 3 Monaten noch mangelhaft. Da jedoch die Knochenenden mit 2 Eisendrähten vereinigt wurden, hat Patient genügend Halt im Kniegelenk und kann mit einem Schienenapparat gehen.

Herr Wilms: Die Behandlung gangraenöser Hernien, speciell die Resultate primärer Darmresection.

An der Hand des Beobachtungsmaterials auf der Frauenabtheilung der chirurgischen Universitätsklinik zu Leipzig von Herrn Geheimrath Trendelenburg berichtet Wilms über die während der letzten 2 Jahre vorliegenden Resultate der Behandlung gangraenöser Hernien. 3 mal wurde wegen Kothabscess

Digitized by Google

ein Anus praeternaturalis angelegt. Von diesen Fällen starb eine Patientin an Inanition, eine wurde durch secundäre Darmresection geheilt, eine starb nach der secundären Darmresection. Unter 6 mit primärer Darmresection behandelten Fällen hatte Wilms 2 Todesfälle, während 4 Fälle geheilt wurden. Wilms steht im Allgemeinen auf dem von Mikulicz 1892 geäusserten Standpunkte, dass er die primäre Darmresection bei gangraenösen Hernien für das Normalverfahren erklärt. Nur Peritonitis, Collaps und Kothabscess verlangen die Anlegung eines Anus praeternaturalis.

Digitized by Google

Sitzung vom 5. December 1899.

Vorsitzender: Herr Curschmann.
Schriftführer: Herr Braun.

Herr **Riehl** hält den angekündigten Vortrag über **Ichthyosis in klinischer Beziehung.**

Einleitend bemerkt R., dass die Ichthyosis von Seiten des praktischen Arztes mehr Beachtung verdient, als sie bisher gefunden.

R. schildert die Formen der Ichthyosis und der verwandten resp. ähnlichen Processe. Verlauf, Therapie, Anatomie und Aetiologie.

Ausführlicher werden die localisirten Ichthyosisformen besprochen — so die Ichthyosis der Flachhände und Fusssohlen, der behaarten Kopfhaut, der Brauen, Lider etc.

Differentialdiagnostisch werden besonders die Nervennaevi, Darier's Krankheit, Porokeratitis, Hauthörner, Schwielen, Keratoma palmare hered., die Pachydermie u. a. verglichen und Bilder, Moulagen und lebende Kranke demonstrirt.

Ebenso wird die Besprechung der Ichthyosis foetalis und ihrer Beziehung zur Ichthyosis vulgaris durch Demonstration zweier Neugeborener und mehrerer Abbildungen illustrirt.

Bezüglich der Häufigkeit der Ichthyosis theilt R. mit, dass in Sachsen spec. bei der kleineren Rasse der Bevölkerung Ichthyosis ausserordentlich häufig, wenn auch in geringer Intensität, gefunden werde. R. sieht auch Ichthyosis serpentina in seiner Poliklinik häufiger als in Wien.

Eingehend bespricht R. die Complicationen der Ichthyosis. Da diese andere Krankheiten keineswegs ausschliesse, seien auch Complicationen nicht selten. Einerseits übt die Ichthyosis Einfluss auf complicirende Krankheiten, andererseits wird sie selbst beeinflusst.

Digitized by Google

(Demonstration von Furunculosis und Akne mit Ichthyosis bei zwei Patienten.)

Fieberhafte Allgemeinkrankheiten oder entzündliche Localerkrankungen können die Ichthyosis in toto oder theilweise bessern oder zum Schwinden bringen, z. B. Erysipel etc. oder Variola, Morbilli (Hebra).

Nicht selten sei die Combination von Ichthyosis und Psoriasis; sie bedingt keine Vermehrung der Schuppenauflagerung, sondern meist Abstossung derselben, ja Nässen. Ichthyotische Psoriasiskranke sind gegen Chrysarobin und Pyrogallustherapie sehr empfindlich, erkranken leicht an Erythema und Dermatitis.

Die wichtigste Complication ist die mit Ekzem. Sie ist schon vielfach erwähnt, aber mehr als Folge des Kratzens oder zufällige und seltene Complication aufgefasst worden.

Ekzem ist nach R. eine sehr häufige Begleiterscheinung der Ichthyosis, da aber besonders die niederen Entwicklungsgrade der Ichthyosis für Ekzem disponiren, werde dies meist übersehen.

Die Ichthyosis leichten Grades bildet geradezu das häufigste prädisponirende Moment in Fällen von hartnäckig recidivirendem Ekzem und ist oft die Ursache der Erblichkeit der Ekzemdisposition in Familien (Herpetismus, Arthritismus der älteren französischen Autoren).

Dieses Ekzem befällt namentlich die von ichthyotischen Veränderungen freigebliebenen Beugen der grossen Gelenke (öfters scharf begrenzt), Hände und Gesicht, zeigt grosse Neigung zu Recidiven und zu chronischer Verdickung der Papillarschicht.

Die Haut Ichthyotischer ist weit empfindlicher als normale Haut, daher sind bei Ichthyosiskranken Gewerbeekzeme sehr häufig.

R. weist auf analoge Disposition der Prurigokranken hin.

Ichthyosisekzeme widerstehen der macerirenden Behandlung hartnäckig, heilen aber prompt auf Theer- und Schwefelbehandlung, selbst wenn diese Mittel im Stadium des Nässens angewendet werden.

Besserung der Ichthyosis durch sorgfältige Hautpflege bessert auch die Neigung zur Ekzemerkrankung.

(Demonstration mehrerer Kranker.)

Herr **Littauer** stellt 2 Fälle „**nicht puerperaler Osteomalacie**", die er mit Phosphor behandelt hat, vor; die eine Patientin ist seit zwei Jahren geheilt, die andere, seit $^1/_4$ Jahr in Behandlung stehende, ist wesentlich gebessert.

Digitized by Google

Im Anschluss an die Vorstellung erwähnt Vortragender, dass die Zahl der Osteomalaciefälle von Jahr zu Jahr beträchtlich zunähme, dass die Verbreitung der Osteomalacie eine ziemlich allgemeine geworden sei und dass bereits 42 Fälle viriler Osteomalacie bekannt seien.

Die Erkrankung hängt meist mit den Zeugungsvorgängen zusammen; für die „nicht puerperalen Formen" gibt es zur Zeit keine genügende Erklärung.

Bei schwangeren Frauen haben die anatomischen Untersuchungen Hanau's eine physiologische Osteomalacie ergeben. Die Therapie der Osteomalacie hat lange im Argen gelegen, bis Fehling erkannte, dass die Castration die Krankheit heilen könne. Gegenüber 20 Proc. Heilungen in früherer Zeit kann man durch Wegnahme der Ovarien 83,1 Proc. Heilung erzielen.

Die Untersuchung der Eierstöcke Osteomalacischer hat als wesentlichen Befund hyaline Degeneration, namentlich der Gefässe, ergeben, doch kann man hierbei nicht von einer typischen Erkrankung reden.

Dass ein Zusammenhang zwischen Keimdrüsen und Knochenwachsthum besteht, ist sicher; für die Beziehungen der Osteomalacie zu den Ovarien sind wir aber nur auf Hypothesen angewiesen. Die Einen meinen, die Wirkung der Castration liege allein in der anticipirten Climax; Andere (Fehling) erklären die Osteomalacie für eine von erkrankten Ovarien reflectorisch ausgelöste Trophoneurose, während Kehrer neuerdings einen von den Eierstöcken producirten, die Knochensubstanz lösenden Körper anschuldigt.

Aehnliche Wirkung wie die Castration erzielt bei der Osteomalacie ein chemischer Körper, nämlich der Phosphor, jedoch nur dann, wenn er nach Sternberg genügend lange Zeit in grossen Dosen verabreicht wird.

Die Phosphortherapie ist unbequemer und unsicherer als die Castration; sie ist aber weniger gefährlich und lässt den Frauen functionirende Ovarien.

Bei fehlschlagender Phosphortherapie kann noch immer die Castration vorgenommen werden, während andererseits auch schon einige vergeblich mittels Castration behandelte Frauen durch Phosphor Genesung fanden.

Digitized by Google

Nachtrag zum Bericht über die Sitzung vom 21. November 1899.

(Vergl. S. 147.)

Ueber die Bemerkungen, welche Herr Prof. F. A. Hoffmann in der Discussion über den Vortrag des Herrn Dr. v. Criegern „Ueber die Ergebnisse der Untersuchung menschlicher Herzen mittels des fluorescirenden Schirmes" machte, geht uns nachträglich folgendes Autoreferat zu:

„Die Beobachtung des Menschen am Röntgenschirme ist für uns Kliniker jedenfalls zur Zeit wichtiger als das Photographiren, denn wir können Bewegungen beobachten und den Kranken in zahlreichen, verschiedenen Stellungen betrachten, die uns dann die Handhabe zu werthvollen Combinationen geben. Wohin sollen die Kosten einer Untersuchung steigen, wenn wir die entsprechende Zahl von Photographien wollen anfertigen lassen? Für die Untersuchung des Mediastinums habe ich ganz besonders von Herrn v. Criegern gelernt, wie wichtig es ist, den Menschen in den verschiedensten Stellungen zu betrachten. Die von ihm gefundene und beschriebene Mediastinalspalte muss ich der Aufmerksamkeit aller inneren Mediciner empfehlen. Freisein derselben, Trübungen und Veränderungen in derselben werden meines Erachtens für die Diagnose der Erkrankungen in dieser so schwierigen Gegend Anhaltspunkte geben, die gegen früher einen sehr grossen Fortschritt bedeuten."

Digitized by Google

Sitzung vom 19. December 1899.

Vorsitzender: Herr Curschmann, dann Herr Bahrdt.
Schriftführer: Herr Braun.

1. **Vorstandswahl.** Der bisherige Vorstand wurde wiedergewählt.

2. Herr **Perthes** demonstrirt die r. Niere einer 40 jähr. Pat., welche er wegen **Pyelonephritis** exstirpirt hat. Die Symptome der von einer Cystitis ausgehenden, seit 13 Jahren bestehenden Erkrankung hatten in Schmerzanfällen von dem Charakter der Nierensteinkoliken, Eiterabgang mit dem Urin und Ausbildung einer druckempfindlichen Resistenz, in der rechten Lumbalgegend bestanden, eine exacte Diagnose war jedoch erst durch das Cystoskop ermöglicht. Bei Druck auf die rechte Nierengegend sah man cystoskopisch aus der rechten Ureteröffnung einen Strom dickflüssigen Eiters ausfliessen. Der Katheterismus des linken Ureters ergab klaren aber eiweisshaltigen Urin. Trotzdem wurde mittels König'scher Schnittführung die rechte Niere exstirpirt. Die Patientin hat sich gut erholt und der Eiweissgehalt des von der zurückbleibenden linken Niere gelieferten Urins ist jetzt — drei Monate nach der Operation — verschwunden. Die exstirpirte Niere weist ausser den typischen Veränderungen der Pyelonephritis (Kleinheit des Organs, welches von einem System von Abscesshöhlen durchsetzt und in derbe fibröse Schwarten eingebettet ist) als besonderer Befund eine fast völlige Obliteration der rechten Nierenarterie auf. (Autoreferat.)

3. Discussion über den Vortrag des Herrn **Littauer**: **Ueber Osteomalacie** (s. 5. December).

Herr **Lohse** berichtet über einen selten beobachteten Fall von Osteomalacie auf nervöser Basis und demonstrirt Photogramme desselben. Herr Bahrdt frägt nach der Höhe der verabfolgten Phosphordose. Herr Meinel weist auf die Seltenheit der kindlichen Osteomalacie hin und berichtet über einige derartige, selbst beobachtete Fälle.

Herr **His jun.**: Die Osteomalacie interessirt den Internisten einmal als Stoffwechselkrankheit, andererseits in differentialdiagnostischer Hinsicht. Nachdem die älteren, rein chemischen

Digitized by Google

Hypothesen über das Wesen der Krankheit (Milchsäuregehalt, verminderte Alkalescenz des Blutes) gefallen sind, hat zur Zeit die Ansicht Fehling's die meiste Berechtigung, wonach die Osteomalacie eine Trophoneurose sei, hervorgerufen durch abnorme Thätigkeit der Ovarien. Nur darf man sich nicht verhehlen, dass unter den Krankheiten, die auf Veränderungen der „inneren Secretion" von Organen zurückgeführt werden, die Osteomalacie diejenige ist, für welche die Beweisreihe die klaffendsten Lücken aufweist. Weder zeigt sie unzweideutige Spuren von Erkrankung oder fehlerhafte Entwicklung der betreffenden Organe, wie etwa Myxoedem, Cretinismus, Basedow'sche und Addison'sche Krankheit und Akromegalie, noch spricht ein so frappanter Thierversuch für den Zusammenhang mit dem Organ, wie etwa die Exstirpation des Pankreas beim Diabetes. Wäre die übermässige Thätigkeit des Ovarium wirklich Ursache der mangelnden Kalkablagerung, so müsste man bei Castration das Gegentheil, eine Osteosklerose, erwarten; statt dessen findet man bei castrirten Menschen und Thieren lediglich eine längere Persistenz knorpeliger Diaphysen und ein zwar deutlich, aber geringfügig vermehrtes Längenwachsthum der Knochen. Wenn also die Fehling'sche Hypothese zunächst die wahrscheinlichste ist, so braucht sie desshalb nicht für bewiesen angesehen zu werden, was übrigens ihr Autor selbst am klarsten ausgesprochen hat.

Diagnostisch bereiten vor Allem die nervösen Symptome Schwierigkeiten, welche die Osteomalacie so häufig begleiten, und welche Köppen zuerst ausführlich besprochen hat. Für die Frühdiagnose sind vor Allem wichtig: die Druckempfindlichkeit der Knochen, die Schwäche der Ileopsoas und der Adductoren (Watschelgang). Sicher würde Osteomalacie häufiger rechtzeitig diagnosticirt, wenn man in Zweifelsfällen an sie denken wollte. Schliesslich kann die Diagnose ex juvantibus gestellt werden, wenn man einen Versuch mit Phosphorleberthran macht, dessen Wirkung ja in vielen Fällen zweifellos festgestellt ist. Jedenfalls kann dieses relativ unschädliche Mittel (oder nach Trousseau's Vorschrift: Phosphor mit frischer Butter auf Brodschnitten) in allen Fällen versucht werden, ehe man zur Castration schreitet.

(Autoreferat.)

4. Herr **Sachse: Ueber moderne Behandlung von Kiefercysten und Antrumempyemen.**

Die moderne Behandlung der Cysten bezweckt, dieselben ohne Zerstörung des Cystensackes zum Ausheilen zu bringen, bezw. zu veranlassen, dass der Cystensack gewissermassen als Fremdkörper von dem Organismus ausgestossen werde. Um die Grundlagen dieser Therapie zu erläutern, ist es nothwendig, kurz auf die Pathogenese der Cysten einzugehen.

Man unterscheidet an den Kiefern folliculäre und periodontale Cysten. Die ersteren entstehen durch cystöse Degeneration eines Zahnkeimes und im jugendlichen Alter; der gebildete Cystensack hängt in der Mehrzahl der Fälle an einer unvollkommen ausgebildeten Zahnkrone. Das Vorkommen dieser follicu-

Digitized by Google

laren Cysten ist so ausserordentlich selten, dass wir hier nur von den periodontalen Cysten sprechen wollen. Diese sind relativ häufig und kommen auffallend häufig beim weiblichen Geschlecht vor, ein Umstand, der wohl durch den zarteren Knochenbau der Frauen zu erklären ist.

Die erste Veranlassung zur Bildung einer periodontalen Cyste bietet ein chronischer, chemisch-entzündlicher, auf das Periodontium wirkender Reiz. Dieser wird in den meisten Fällen (91 Proc.) geliefert von den zersetzten Massen einer gangraenös gewordenen Pulpa des Zahnes; doch nur die Eitererreger bewirken bei ihrer Durchwanderung durch das Foramen apicale eine acute, mit allgemeiner oder circumscripter eiteriger Schmelzung des Periodontiums einhergehende Entzündung desselben. Die grosse Zahl der anderen Mikroorganismen dagegen — welche, ist noch nicht festgestellt — rufen zunächst eine Irritationshyperaemie am Periodontium hervor, welche wieder die Proliferation der an der Wurzelspitze liegenden epithelialen Reste der sog. Hertwig'schen Scheide begünstigt. Hierdurch entstehen an der Spitze der Wurzel kleine, hanf- bis kirschkerngrosse, entzündliche Neubildungen, welche stets einen bestimmten anatomischen Bau zeigen: Nach aussen ist die Neubildung aufgebaut aus einem derben, strafffaserigen Bindegewebe, welches nach dem Zahne zu in ein meist unregelmässig entwickeltes Granulationsgewebe übergeht und sich in eigenartigen Vorsprüngen und Wülsten erhebt, wodurch das granulirte Aussehen der Innenwand der Fungosität hervorgerufen wird. Die Furche zwischen den kleinen Erhabenheiten, sowie die freie Fläche deckt eine theils einschichtige, theils mehrschichtige, nicht selten sogar die papilläre Form der Rete Malpighi nachahmende Lage epithelialer Zellen (Partsch).

Eingehende Untersuchungen von Partsch, Jul. Witzel u. A. haben gezeigt, dass diese im Innern dieser kleinen Cystogranulome vorkommende Epithelbekleidung direct von der Schmelzkappe der Zahnleiste abstammt — dass somit das Cystenepithel phylogenetisch gleichwerthig dem Mundhöhlenepithel ist. Ueber die erste Entstehung des Hohlraumes in der Neubildung ist völlige Klarheit noch nicht erzielt, doch hat zur Zeit die Ansicht von Römer, dass die innersten Epithellagen der trüben Schwellung anheimfallen und dann zerfallen, die meiste Wahrscheinlichkeit für sich.

Die Weiterentwicklung solcher Cystogranulome zur grösseren Kiefercyste wird jetzt besonders von dem Widerstand des umgebenden Knochen abhängig sein; wo der Knochen den geringsten

Digitized by Google

Widerstand bietet, dorthin wird das weitere Wachsthum stattfinden: die Härte des Unterkieferknochens mag es bedingen, dass, trotzdem Fungositäten an den unteren Zähnen gleichfalls vorkommen, diese doch so selten der Ausgangspunkt von Cysten werden.

Am Oberkiefer entwickelt sich die Cyste am häufigsten nach aussen, der facialen Wand zu; dann aber wächst sie auch besonders gern nach der Kieferhöhle zu, weil sie dort freie Bahn findet. „Widerstandslos kann sie, wenn einmal die dünne knöcherne Scheidewand zwischen Zahnwurzel und Boden des Antrums aufgelöst ist, die zarte Kieferhöhlenschleimhaut vor sich hertreiben und die Höhle mehr und mehr verengen, ohne dass nach aussen hin dieses Wachsthum bemerkbar ist....." Bei weiterem Wachsthum kommt es dann noch zu einer Ausbuchtung der viel zarter gebauten, dünnen n a s a l e n Wand des Oberkiefers und hierbei ist eine Spontanperforation des Cystensackes nach der Nase zu nichts Seltenes, während nur wenige Fälle bekannt sind, in denen eine Cyste in's Antrum hinein geborsten ist und danach secundär die Schleimhaut der Höhle inficirte.

Die Diagnose der periodontischen Cysten, welche sich nach der facialen Seite entwickelt haben, ist meistens sehr leicht: das langsame Wachsthum, die Schmerzlosigkeit, die Fluctuation, das Pergamentknittern des Knochens oder der vollständige Schwund desselben, im Verein mit der s c h e i n b a r e n Weichtheilschwellung, während dieselben in Wirklichkeit völlig normal frei verschieblich sind, sowie das leichte Eindringen der Punctionsnadel in eine mehr weniger grosse Höhle, sichern bald die Diagnose.

Schwierig ist dagegen die Differentialdiagnose zwischen einer in's Antrum gewachsenen Cyste, deren Inhalt sich eitrig zersetzt hat und einem Antrumempyem, da sich hier oft die gleichen Symptome finden. Es empfiehlt sich in zweifelhaften Fällen die Probeausspülung durch die Nase zu machen; schon die Art des Eiters — Cyste dünnflüssig, Cholestearinempyem, zähe, glasiggelbliche Eiterzöpfe, oft nach Heringslacke riechend — sichert die Diagnose.

Die Therapie geht nun von dem Grundsatz aus, dass einmal die Cyste nur weiter wächst durch den von der Flüssigkeit ausgeübten Innendruck, andererseits die Cystenmembran ähnlich der Mundschleimhaut gebaut ist. Hebt man desshalb den Innendruck in der Cyste durch Excision eines grösseren Stückes Cystenwand auf und lässt die Wundränder sich nicht vereinigen, sondern sich überepithelisiren, so wird allmählich die ganze Cyste von dem Organismus als Fremdkörper ausgestossen; sie

Digitized by Google

verkleinert sich immer mehr und verschwindet schliesslich vollständig; der die Cyste heraustreibende Knochen hat die Höhle vollständig ausgefüllt. Die Methode der Operation ist folgende: In Nirvaninanaesthesie wird ein grösseres Stück Zahnfleisch und Cystensack zugleich mit der Cooper'schen Scheere excidirt und die Cyste ausgespült. Die Blutung steht auf Jodoformgazetamponade sofort, der Tampon bleibt 3—5 Tage liegen; nach dieser Zeit hat die Epithelisation der Wundränder begonnen und hat man jetzt nur noch dafür zu sorgen, dass die Oeffnung sich nicht durch den Wangendruck verkleinert. Zu diesem Zwecke setzt man — bei grösseren Cysten — einen Glasstab ein, welcher an dem einen Ende einen, das Hineinrutschen verhindernden lappenförmigen Ansatz trägt (Partsch'scher Glasconus). Der Patient kann den Glasstab leicht herausnehmen und die Cyste ausspülen; man benutzt dazu am besten nur abgekochtes Wasser und nimmt nur bei Cysten, deren Inhalt vereitert war, im Anfang ein leichtes Antisepticum. Hat sich die Cyste soweit verkleinert, dass die Wand an den Glasstab anstösst, so muss man, um die Heilung nicht zu verzögern, denselben verkürzen lassen oder kann ihn ganz weglassen und den Patienten nur anweisen, täglich nach dem Essen die Höhle auszuspritzen. Unter dieser Behandlung heilt eine etwa hühnereigrosse Cyste in etwa 6—8 Monaten aus, während eine wallnussgrosse Cyste schon in 6—8 Wochen ganz verschwunden ist.

Sehr wichtig ist bei dieser Therapie die Frage der Erhaltung der die Cyste verursachenden Zähne. Es ist in allen Fällen möglich, die Cyste ohne Extraction des betreffenden Zahnes zur Heilung zu bringen, wenn der betreffende Zahn sich überhaupt noch für eine antiseptische Wurzelfüllung eignet. Es ist dann der Wurzelcanal von allen gangraenösen Massen zu reinigen, zu sterilisiren und massiv zu füllen; ferner wird man oft von der geöffneten Cyste aus die nekrotische Wurzelspitze reseciren müssen — welche Operation sich besonders bei Frontzähnen empfiehlt —; aber die Verbindung des Zahnes durch gesundes Periodontium mit der Alveole ist in fast allen Fällen noch so stark, dass die Extraction solcher an sich noch zu erhaltender Zähne direct als Kunstfehler bezeichnet werden muss, die Schrumpfung des Cystensackes ganz ohne Rücksicht auf den Zahn vor sich geht.

Die Partsch'schen Glasconusse eignen sich gleich trefflich zum Verschluss des von der Fossa canina aus breit eröffneten Antrum Highmori. Diese Eröffnungsstelle ist bei

Digitized by Google

Weitem vorzuziehen der Eröffnung von der Nase oder der Alveole aus, da es durchaus nöthig ist, die erkrankte Schleimhaut aetiologisch zu behandeln — man also vorher, sei es durch Abtasten mit dem Finger oder besser durch Hineinleuchten, sich über den Zustand derselben vergewissern muss. Da ferner das Antrum durch eine Crista sehr oft in 2 Theile gespalten wird, so liegt die Gefahr nahe, dass man, bei der Eröffnung von der Alveole oder der Nase aus, nur die eine Höhle ausspülen kann, während in der anderen der Eiter liegen bleibt. Von weiterer Bedeutung ist, dass man nicht nöthig hat, einen Zahn zu opfern und dass die Operation viel weniger unangenehm für den Patienten ist, wie die Eröffnung von der Nase aus.

Die von Désault-Küster angegebene Operationsmethode hat Partsch wesentlich verbessert. Er schreibt darüber: „Partsch operirt jetzt so, dass er bogenförmig etwa vom zweiten Bicuspidaten bis hinter den zweiten Molar incidirt, dann mit der Cooper'schen Scheere den Schleimhautperiostlappen abpräparirt, denselben während der Operation durch kleine Häkchen nach oben weghalten lässt und ihn dann nach Durchbohrung des Knochens mit der Jodoformgaze in die Höhle hineinschlägt, gewissermassen mithineintamponirt.. Dadurch wird erreicht, dass der obere Wundrand sofort nach aussen zu von Epithel bekleidet ist und nun mit der gegenüberliegenden Wundfläche nicht mehr verwachsen kann. Da dieser Lappen schon in sehr kurzer Zeit verheilt, ist man in der Lage, schon nach 5—6 Tagen die Tamponade fortzulassen.... Das Bohrloch wird oberhalb des ersten Mahlzahnes in der Crista angelegt, die vom ersten Molar aufsteigend nach dem Process. zygomatic. des Oberkiefers zieht, wodurch erreicht wird, dass die Verkleinerung des Einganges durch den Wangendruck nur sehr langsam vor sich geht...."

Das durch einen Partsch'schen Glasconus offen gehaltene Antrum kann man nun theils mit Ausspülungen (Kochsalz-, Argent. nitr.-, Alum. acetic-Lösungen), theils durch Einblasungen von Airol oder Itrolpulver behandeln; grosser Werth ist darauf zu legen, dass die Communication mit der Nasenhöhle frei ist, so dass Patient bei verschlossener Nase den Luftstrom durch das Antrum pressen und so am schonendsten das Antrum reinigen kann.

Tritt eine erhebliche Besserung ein, so nimmt man allmählich immer dünnere Glasstäbe, bis man sie endlich ganz weglässt, worauf sich die Oeffnung rasch vollends schliesst.

Digitized by Google

Auch hier ist es von Wichtigkeit, zu entscheiden, ob ein oder mehrere Zähne zu extrahiren sind oder nicht. Bei dem meist dentalen Ursprung des Empyems empfiehlt es sich, alle wurzelkranken Zähne zu extrahiren. Dagegen geht Grünwald sicher zu weit, welcher auch Zähne mit nur geringen, die Pulpa noch nicht inficirt habenden Defecten, extrahirt wissen will. (Autoreferat.)

Digitized by Google

Nachtrag zur Sitzung vom 24. Januar 1899.

Herr **Friedrich: Mittheilungen zur Chirurgie am Gehirn.**

In den 15 Jahren, seitdem der Versuch gewagt wurde, endokranielle Geschwülste des Gehirns operativ zu entfernen, hat die Gehirnchirurgie starke Wandel erlebt. Eine für die Gegenwart wohl allgemein giltige Präcisirung der Indicationsstellung auf diesem Gebiete spiegeln die Arbeiten E. v. Bergmann's wider. Hiernach können mit Rücksicht auf eine marcante Symptomatik — und nur auf diese basirt darf der Chirurg einen Eingriff wagen — nur nicht zu grosse, gut umgrenzte (nicht infiltrirende) Tumoren in Betracht kommen, welche das motorische Rindengebiet tangiren. Die Craniotomia probatoria, auf unzureichende diagnostische Anhaltspunkte gestützt, ist verwerflich. Herr Friedrich beleuchtet, an der Hand eigener Erfahrungen, die Gefahren chirurgischer Eingriffe am Gehirn, nachdem er einige Punkte der allgemeinen und localisirenden Symptome gestreift: den Kopfschmerz, die Stauungspapille, die Krämpfe, die übrigen des sogen. Hirndrucks; die örtliche Localisirung, die Grössenbestimmung und die Anhaltspunkte für die Beschaffenheit der Tumoren. Als noch unvollständig geklärt ist das Ereigniss des Schocks zu betrachten. Manche Krankengeschichten lassen vermuthen, dass mit diesem Wort ein zu weit reichender Gebrauch getrieben werde; unverkennbar ist, dass ganz acute Meningitiden, insbesondere aber schwere Blutungen mit ihren Folgen als tödtliche Schockwirkungen gelegentlich angesprochen worden sind. Die gewiss nicht zu unterschätzende Gefahr des acuten umschriebenen oder allgemeinen Hirnoedems braucht nicht nothwendig bei der Sinusverletzung zu bestehen. Ein vorgeführter Kranker mit ausgedehnter Verletzung des Sinus longitudinalis durch Hufschlag zeigte keinerlei Symptome örtlichen Hirnoedems. Selbst die Unterbindung der

Digitized by Google

Art. foss. Sylvii braucht bei jugendlichen Individuen, wie ein mitgetheilter Fall zeigt, unmittelbare Störungen nicht im Gefolge zu haben. Am Gehirn namentlich jüngerer Individuen scheint der Ausgleich circulatorischer Schwankungen relativ rasch und gut von Statten zu gehen. Hinsichtlich der plötzlich einsetzenden hohen Temperaturanstiege, welche v. Bergmann geneigt ist, als ein Symptom des allgemeinen Hirnoedems aufzufassen, möchte Friedrich an die von Thiersch ausgesprochene Vermuthung erinnern, dass es sich dabei um entzündliche Oedeme der Lungen handeln könne. In einem von Friedrich trepanirten Falle gewann diese Muthmaassung durch die von Prof. Kockel angestellten und auf der Naturforscherversammlung zu Frankfurt 1896 mitgetheilten experimentellen Untersuchungen viel Wahrscheinlichkeit. In hohem Grade überraschend ist die Widerstandsfähigkeit des Gehirns gegen rasch wirkenden, nicht zu lange anhaltenden oder allmählich einsetzenden, ganz langsam sich steigernden Druck. An eigenen operativen Fällen, wo mehrfach ein 1—2 Stunden langer Druck gegen das motorische Rindengebiet der Sprache nothwendig wurde, konnten in der Folge kaum Hinweise auf irgend welche Laesion bezw. Ausfallserscheinungen ermittelt werden; wie andererseits die Verdrängbarkeit des Gehirns durch langsam wachsende Tumoren durch genügend reichliche Erfahrungen erwiesen und als ein unsere Diagnostik sehr erschwerender Factor zu würdigen ist. Friedrich führt die Symptomatik des Ablaufs eines acuten umschriebenen Hirnoedems vor, welches er nach Abtragung eines grossen penetrirenden Tumors über den rechtsseitigen Gyri centrales beobachtete. Eingehende Ausführungen widmet er der Technik der Vermeidbarkeit von Infection bei Gehirnoperationen. In 2 demonstrirten Fällen, deren einen er der gütigen Zuweisung durch Herrn Geheimrath Sattler verdankte, führte nach Resection grosser Hirnabschnitte die Drainage der Seitenventrikel zur Heilung. Gerade die von der Orbita aus sich entwickelnden Tumoren, Carcinome und Sarkome haben ihm gezeigt, dass nur ganz radicale Frühoperationen Aussicht auf Heilung bieten können; 3 vor Jahresfrist operirte und bis jetzt recidivfreie Kranke (2 mit Carcinom, 1 mit Sarkom) werden demonstrirt. Friedrich rühmt die vorzügliche Brauchbarkeit der Doyen'schen Instrumente zur Trepanationstechnik.

Friedrich weist auf die ernste und gemahnende Sprache der v. Bergmann'schen Forderungen hinsichtlich der In-

Digitized by Google

dicationstellung nochmals hin, gibt gleichwohl der Hoffnung Ausdruck, dass die neueren Forschungen auf hirnanatomischem Gebiete den Ausblick auf Erweiterung der Grenzen doch mehr und mehr eröffnen werden. Ohne selbst zu dem gegenwärtigen Stand des Kampfes auf hirnanatomischem Gebiete Stellung nehmen zu können, glaubt er doch aussprechen zu dürfen, dass in der entwicklungsgeschichtlichen Richtung der Forschung, wie sie von Flechsig inaugurirt sei, der zuverlässigste Weg zum Ziele schärferer Localisirung von Affectionen des Gehirns gegeben sein müsse. (Die gemachten Mittheilungen werden voraussichtlich an anderer Stelle ausführlich veröffentlicht werden.)

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google